Projet alphabétisation et santé :

PREMIÈRE ÉTAPE

Rendre le milieu plus sain et sans danger pour les personnes qui ne savent pas lire

ONTARIO PUBLIC HEALTH ASSOCIATION
L'ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DE L'ONTARIO

collège
frontier
college

REMERCIEMENTS :

Les organismes suivants ont financé la première étape du Projet alphabétisation et santé :

- l'Unité de l'alphabétisation du ministère de la Formation professionnelle de l'Ontario
- la Direction de la promotion de la santé du ministère du la Santé de l'Ontario
- le Secrétariat national à l'alphabétisation du Secrétariat d'État du Canada

L'Association pour la santé publique de l'Ontario et le Collège Fontier remercient ces ministères de leur apput et de leur encouragement tout au long du projet. Il faut aussi rendre hommage à Salli Abott, responsible du projet, et à Burt Perrin, chercheur, pour leur enthousiasme et leur dévouement.

Les résultats et les recommendations du présent rapport n'engagent que leurs auteurs et ne représentent pas la position officielle des ministères associés au projet.

Enfin, il faut remercier tout particulièment les participants, car sans leur apport, le Projet alphabétisation et santé n'aurait pas connut un tel succès. On trouvera leurs noms au chapitre IX.

COLLABORATION :

- Sommaire anglais : Mary J. Breen
- Traduction du sommaire : Kathy Wazana
- Traduction du rapport de la première étape : Joly-Hébert
- Dessin de la page couverture : Chris Workman
- Révision finale : Eugene Strickland

© 1990 Association pour la santé publique de l'Ontario et Collège Frontier

ISBN 0-929129-04-0

Association pour la santé
publique de l'Ontario
468, rue Queen est, bureau 202
Toronto (Ontario) M5A 1T7
(416) 367-3313

Collège Frontier
35, avenue Jackes
Toronto (Ontario)
M4T 1E2
(416) 923-3591

Le Projet alphabétisation et santé

Un monde plus sain et sans danger
pour les personnes qui ne peuvent pas lire

Première étape

À PROPOS DE TERMINOLOGIE

Dans le présent document, nous avons été très circonspects dans l'emploi de certains mots et de certaines phrases lorsque nous décrivions les gens et leur capacité à lire, écrire ou calculer.

C'est surtout par respect pour ces personnes que nous avons privilégié l'emploi de mots et de phrases les décrivant comme des êtres humains, non des aptitudes ou des états.

Par ailleurs, nous avons soigneusement évité d'utiliser le mot « aptitude », lui préférent « competences », ou « capacité à ». En effet, nos recherches nous ont appris que les personnes qui éprouvent actuellement de la difficulté à lire, à écrire et à calculer ont les aptitudes nécessaires pour développer ces compétences. De fait, leurs problèmes sont bien plus le résultat d'un accès réduit aux possibilités d'apprentissage que d'aptitudes restreintes à apprendre.

Enfin, nous avons fait tout notre possible pour éviter d'amorcer des discussions qui ne soldent souvent par « blâme jeté sur la victime » et laissent entendre que chaque personne est responsible des problèmes don't elle souffre. Les liens entre l'analphabétisme et la santé soulèvent des questions trop complexes pour pouvoir simplement rejeter le blâme sur la personne ou le système. Nous devons plutôt découvrir ensemble des solutions qui permettront â chaque personne, aux groupes et â la société d'agir de façon responsible.

TABLE DES MATIÈRES

I. PRÉFACE … 1

II. LE RAPPORT SOMMAIRE … 2

III. LE PROJECT … 7
Introduction … 7
Vue d'ensemble … 7
La recherche … 9
La consultation … 11
Les notes … 14

IV. LES RÉSULTATS DES RECHERCHES … 15
Qu'est-ce que l'analphabétisme? … 15
L' analphabétisme et l'état de santé … 17
L'effet direct de l' analphabétisme sur la santé … 19
Conséquences indirectes de l'analphabétisme sur la santé … 22
Sensibilisation aux problèmes de l' analphabétisme sur la santé … 33
Les défis … 35
Les notes … 36

V. RÉAGIR AU PROBLÈME … 39
Rendre d'alphabétisation et la santé universelles … 39
S'engager à rendre les milieux sains et sans danger … 44
S'engager à assurer l'égalité d'accès à l'information … 46
Les notes … 53

VI. RECOMMANDATIONS … 55
Action et politique gouvernementales … 56
Activités entreprises par des organismes … 58
La coordination … 59
Les notes … 62

VII. RESOURCES … 63

VIII. BIBLIOGRAPHIE … 64

IX. LES PARTICIPANTS AU PROJET ALPHABÉTISATION ET SANTÉ … 73

I. **PRÉFACE**

Le Project alphabétisation et santé cherchait la réponse à trois questions fondamentales, soit :

- Quel est le lien entre l'alphabétisation et santé?
- Quelles mesures a-t-on prise pour s'assurer que les personnes qui ne savent ni lire, ni écrire, ni faire des calculs vivent en santé et en sécurité.
- Quelles mesures pourrait-on prendre pour construire « un monde sain et sans danger pour les personnes qui ne peuvent lire »?

Le Projet a révélé l'existence d'un lien manifeste entre l'alphabétisation et la santé. Nous avons en effet decouvert que les personnes peu alphabétisées sont plus portées que les personnes alphabétisées à souffrir de problèmes de santé. Il ressort également que bon nombre de personnes ignorent que l'analphabétisme est répandu en Ontario et au Canada et que l'alphabétisme a des répercussions sur la santé.

Nous avons effectué des recherches et des consultations dans tous les coins de la province. Partout, l'éventail de mesures que nous proposions prendre à l'égard de la santé et de l'alphabétisation a été accueilli avec grand enthousiasme.

Le présent rapport porte sur la première étape du projet. On y retrouve d'abord un sommaire en langue familière. Viennent ensuite les résultats de nos recherches. Les connaissances que nous avons acquises en approfondissant ainsi la question nous portent à préconiser l'engagement et l'intervention dans trois grands domaines :

- rendre l'alphabétisation et la santé universelles
- rendre le milieu sain et sans danger
- assurer à tous l'accès à l'information essentielles

Les recommendations qui figurent à la fin du présent rapport serviront de point de départ pour l'étape suivante du Projet alphabétisation et santé. Nous vous invitons à vous servir de ce document pour sensibiliser vos organismes et vos collectivités à cette question et pour élaborer des plans d'action précis.

Comité de direction :

Peter Elson
Directeur général
ASPO

Bruce Kappel
Chef de programme
Collège Frontier

Salli Abbott
Chef de programme

Burt Perrin
Chercheur

Ron Labonté
Agent de liaison, Conseil de l'ASPO

II. RAPPORT SOMMAIRE

Toute personne doit savoir lire et écrire. Pourtant, au Canada, des milliers de personnes ne savent ni lire, ni écrire, ni calculer. Pour biens des personnes, les problèmes de lecture peuvent mener à des problèmes de santé.

Le Projet alphabétisation et santé :

Le but du Projet alphabétisation et santé est de reconnaître le lien entre la lecture et les problèmes de santé. Il vise à « rendre le monde plus sain et sans danger pour les personnes qui ne savent pas lire ». Des représentants du Collège Frontier et de l'Association pour la santé publique de l'Ontario collaborent à ce projet.

Pour la première partie du projet, nous avions décidé de contacter des personnes qui connaissent bien ces problèmes. Nous nous sommes également informés le plus possible sur la question.

Qui avons-nous contacté?

Nous avons contacté les personnes suivantes :

- des intervenantes et des coordinnateurs de programmes d'alphabétisation et des étudiants
- des travailleurs sociaux
- des représentants du gouvernement
- des infirmières-hygiénistes, des médecins et des pharmaciens.

Qu'avons-nous demandé à ces personnes?

Nous cherchions des réponses aux questions suivantes :

- Est-ce que les personnes qui ne savent pas lire sont en aussi bonne santé que celles qui savent lire? Sinon, pourquoi pas et quels sont leurs problèmes de santé?
- Est-ce que les médecins, les infirmières et les autres intervenants en soins de santé savent que bien des personnes ne peuvent pas lire? Est-ce qu'ils comprennent que ceci peut entraîner des problèmes de santé?

- Est-ce que la majeure partie de l'information sur la santé est difficile à lire? Si oui, est-ce que les personnes qui ne savent pas très bien lire peuvent obtenir cette information par d'autres moyens?
- Que fait-on pour corriger ces problèmes?
- Que devrait-on faire pour corriger ces problèmes?

Nous avons consulté des personnes partout en Ontario. Nous voulions savoir comment les problèmes de lecture peuvent mener à une mauvaise santé. Dans chaque région, les personnes nous ont raconté leurs problèmes et ont partagé leurs idées avec nous.

En novembre, nous avons tenu une réunion à laquelle nous avions invité des personnes de toute la province. Nous avons passé deux jours à discuter des problèmes de santé auxquels font face les personnes qui ont de la difficulté à lire.

Ce que nous avons découvert :

1. *L'information sur la santé est difficile à lire.*

Les personnes qui ne savent pas très bien lire ont de la difficulté à obtenir l'information dont elles ont besoin. La plupart des livres et des dépliants sur la santé sont écrits pour les plus instruits.

2. *Les personnes qui ont de la difficulté à lire ont plus de problèmes de santé que les autres.*

Les personnes moins lettrées ont plus de problèmes de santé que celles qui savent lire. Pourquoi?

Dans certains cas, il est clair que les problèmes de lecture en sont la cause. Par exemple :

- Bien des personnes ne savent pas lire le mode d'emploi des médicaments. Elles risquent alors de faire une erreur ou de prendre une trop forte dose.
- Bien des personnes font des erreurs parce qu'elles ne savent pas lire les instructions sur les emballages de nourriture. Par exemple, les bébés peuvent souffrir de

graves problèmes de santé si leur lait n'est pas préparé correctement.

- Bien des personnes ne peuvent pas lire les instructions qu'elles reçoivent du médecin ou de l'infirmière. Cela peut modifier leur attitude envers la maladie, les moyens de guérison et le rétablissement.
- Bien des personnes ont des accidents au travail, qui sont causés par le fait qu'elles ne savent pas lire les avertissements et l'information sur la sécurité au travail.

Les personnes qui ont des problèmes de lecture on plus tendance à avoir des habitudes qui peuvent mener à des problèmes de santé. Par exemple, elles ne bouclent pas régulièment leur ceinture de sécurité. Elles ne font pas d'exercises régulièment. Elles fument davantage. Elles ne mangent pas bien. Elles vivent dans les endroits malsains. Et leurs emplois sont plus dangereux.

Les personnes qui ne savent pas bien lire ont tendance à être plus pauvres. Il est beaucoup plus difficile de vivre une vie saine quand on est pauvre. Bien se nourrir et bien se loger coûtent cher.

Nous devons tâcher de prévenir ces problèmes de santé et bien d'autres. Les personnes moins lettrées ont le droit d'être en bonne santé et de vivre en sécurité. Elles ont droit à l'information et aux services qui les aideront à vivre en bonne santé et en securité.

Quelle est l'étape suivante?

Nous voulons accomplir trois choses :

- Nous assurer que toute personne à l'occasion d'apprendre à lire et à écrire.
- Nous assurer que toute personne est en bonne santé et peut vivre et travailler dans des milieux sains et sans danger.
- Nous assurer que chaque personne a l'information dont elle a besoin pour prendre des décisions sages concernant sa vie. L'information doit donc être présentée de différentes façons. Certaines personnes préfèrent de l'information écrite, d'autres préfèrent des cassettes audio ou vidéo. Toute

cette information doit être préparée avec l'aide des personnes à qui elle s'addresse.

Qui fera le travail?

Il y a beaucoup de travail à faire. Et bien des personnes pourront participer. On peut commencer certaines tâches immédiatement. D'autres projets seront plus longs.

1. *Le gouvernement doit étudier les problèmes suivants :*

Voici ce que doit faire le gouvernement :

- Faire comprendre aux Canadiens que de nombreuses personnes ne savent pas bien lire. Tous doivent comprendre qu'il y a un problème.
- Améliorer le système pour que toutes les Canadiennes et tous les Canadiens puissent apprendre à lire et acquérir les compétences nécessaires pour obtenir un bon emploi.
- Offrir un grand nombre de cours qui répondent aux besoins des adultes. Laisser les adultes choisir ce qu'ils veulent apprendre, la methode qu'ils préfèrent, les heures de cours et les endroits qui leur conviennent.
- S'assurer que toute la population du Canada ait un logement sain et l'argent nécessaires pour bien vivre.
- S'assurer que tous les Canadiens aient la possibilité de trouver un emploi qui ne met pas en danger leur santé et leur sécurité.
- S'assurer que l'information sur la santé et la prévention des accidents soit facile à lire.
- Appuyer et financier les groupes communautaires parce qu'ils peuvent avoir une influence positive sur la santé des gens.

2. *Les groupes communautaire doivent étudier les problèmes suivants :*

Voici ce qui doivent faire les groupes communautaires :

- Faire comprendre à la population que les personnes qui ne savent pas bien lire ont plus de problèmes de santé que les autres.

- S’assurer que toute personne puisse obtenir de l’information sous différentes formes.
- S’assurer [que] tous comprennent l’information qu’ils reçoivent.
- S’assurer que les documents soient faciles à lire et que toute personne qui en a besoin puisse les utiliser. La meilleure façon d’y arriver : demander à des personnes qui ne savent pas bien lire d’aider à préparer les documents.
- Collaborer avec les représentants du gouvernement pour corriger ces problèmes.

3. *L’équipe du Project alphabétisation et santé doit se tenir au courant des progrès.*

Voici ce que doit faire l’équipe du projet :

- S’assurer que tous les intervenantes en soins de santé comprennent que bien des personnes ont de la difficulté à lire.
- Envoyer de l’information sur le projet à des gens partout au pays.
- Collaborer avec les personnes qui s’interessent à ces problèmes.
- Collaborer aves le gouvernement et les organismes intéressés à corriger ces problèmes.
- S’attaquer d’abord au manque d’information. Par exemple, un groupe pourrait s’assurer que toutes les étiquettes sur les médicaments soient aussi faciles à lire que possible. Un autre groupe pourrait s’assurer qu’il y ait de l’information claire et lisible sur la sécurité dans les lieux de travail.

III. LE PROJET

INTRODUCTION

taux d'analphabétisme : 24 p. 100

On estime qu'au Canada, 24 p. 100 des adultes ont besoin d'aide pour lire, écrire et faire des calculs afin de répondre aux exigences de notre société contemporaine[1]. Certains sont même tout à fait incapables de lire ou d'écrire. Sont exclus de la présente étude les moins de 18 ans, les personnes qui vivent au nord du 60^{e} parallèlle, les itinérants, les membres des forces canadiennes, les Autochtones vivant dans des réserves et toute personnee vivant dans un établissement tel qu'une prison, un hôpital ou un foyer de soins infirmiers. Et, si l'on exclut également les immigrants qui ne parlent ni l'une ni autre des deux langues officielles, le taux d'analphabétisme chez les Canadiennes et Canadiens d'origine s'élève tout de même à 22 p. 100.

santé et sécurité

Il est essentiel que toute personne puisse se procurer de l'information ayant trait à sa santé et sa sécurité et qu'elle soit en mesure de la comprendre. Une mauvaise compréhension risque d'avoir un effet néfaste sur la santé.

C'est pourquoi l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO), en collaboration avec le Collège Frontier a mis en pied le Project alphabétisation et santé ayant pour thème : « Rendre le monde plus sain et sans danger pour les personnes qui ne savent pas lire ».

Trois instances gouvernementales sont prêté leur concours financier au projet : le ministère ontarien de la Formation professionnelle (Unité de l'alphabétisation communautaire), le ministère ontarien de la Santé (Direction de la promotion de la santé) et le Secrétariat d'État (Secrétariat national à l'alphabétisation).

VUE D'ENSEMBLE

principaux problèmes de santé

Cette enquête, menée durant neuf mois, avait pour objectif d'étudier certaines questions précises. Nous cherchions notamment à cerner les principaux problèmes de santé dont souffrent les personnes moins alphabétisées. Nous espérions

[photo]

réseau

aussi créer un réseau d'organismes et d'intervenants oeuvrant dans divers domaines et disciplines tels que l'alphabétisation, la santé, les services sociaux, la médecine, les affaires et le gouvernement.

stratégies

Notre but final : l'élaboration de stratégies pour régler la question du lien entre l'alphabétisation et la santé.

La Comité de direction du projet a établi un plan de travail et des stratégies de recherche en fonction des objectifs du projet. Ce comité réunissait le directeur général de l'ASPO, Peter Elson, l'agent de liaison avec le Conseil de l'ASPO, Ron Labonté (qui a remplacé Carol Farkas), le chef de programme du Collège Frontier, Bruce Kappel, la chef de projet, Salli Abbott, et le coordonnateur de la recherche, Burt Perrin.

LA RECHERCHE

La recherche avait pour objectif de déterminer le lien entre l'alphabétisation et la santé. Nous nous sommes donc attardés sur des questions telles que :

mauvaise santé

- La faible niveau d'instruction provoque-t-il une détérioration de la santé? Comment? Pourquoi?

sensibilisation?

- Comment les personnes qui ont de faibles compétences en lecture obtiennent-elles de l'information en matière de santé? Les renseignements en matière de services de santé et de soins sont-ils adaptés à leurs besoins? Les spécialistes de la santé et de la médecine savent-ils qu'il existe un lien entre certains problèmes de santé et l'analphabétisme?

- Par quels moyens pouvons-nous résoudre ces problèmes?

solutions?

Entre les mois de juin et de septembre 1988, nous avons recueilli de l'information de plusieurs sources en vue de répondre à ces questions.

Commentaires des organismes communautaires en ce qui concerne les problèmes de santé et d'alphabétisation :

De nombreux organismes partout dans la province ont reçu un questionnaire traitant de leurs connaissances relatives aux problèmes de santé liés à l'alphabétisation et leur demandant de proposer des solutions. Nous avons interrogé de nombreux intervenants oeuvrant dans des circonscriptions sanitaires, des centres de santé communautaire, des conseils régionaux de santé et des groupes communautaires d'alphabétisation.

problèmes et démarches possibles

Les résultat du sondage se sont avérés d'une quantité et d'une qualité inespérées[2]. Bon nombre des participants avaient l'expérience des problèmes de santé liés à l'alphabétisation et étaient fort reconnaissants de pouvoir partager leurs idées sur la question. Ils ont présenté plusieurs exemples concrets ainsi que certaines démarches qui avaient été entreprises pour résoudre ces problémes.

Étude des documents :

information

statistiques

Nous avons effectué une analyse approfondie des documents, tant publiés qu'inédits, en provenances du Canada et de pays étrangers. Nous avons aussi etudié des statistiques sur l'état de santé par des sondages ou d'autres sources[3].

Nous avons ainsi obtenu de l'information fort pertinente provenant de sources diverses. Les données manquaient toutefois de cohésion et les chercheurs avaient prêté fort peu d'attention au lien entre la santé et l'alphabétisation. Les auteurs de certaines documents qui renfermaient des données pertinentes (des sondages sur l'état de santé, par exemple) n'avaient pas prévu les rapports éventuels entre leurs données et l'alphabétisation, ni l'utilisation possible de leurs résultats.

Autant que nous sachions, la présente étude représente, jusqu'a présent l'examen le plus exhaustif jusqu'a présent du lien entre l'alphabétisation et la santé.

Études de cas :

Nous avons effectué trois études de cas dans trois endroits différents : un centre rural qui bénéficie de nombreux services, une collectivité desservie par un centre de santé communautaire et une localité dotée d'un programme d'alphabétisation. L'objet était d'approfondir certaines des questions soulevées dans quelques autres localités. L'étude consistait à effectuer des entretiens avec des groupes et des personnes associées à chaque service, y compris si possible, le personnel et les apprenants.

Intervenants clefs :

Nous avons interviewé des intervenants clefs dans toutes les régions du Canada et à l'extérieur – des personnes ou des chercheurs qui connaissaient le domaine ou qui pouvaient nous renvoyer à d'autres intervenants ou à des documents pertinents.

L'information ainsi recueillie était d'une cohérence très marquée. En règle générale, les réponses aux lettres et les études de cas sont venues confirmer les statistiques et les rapports de recherches que nous avions analysées.

LA CONSULTATION

Les résultats des recherches ont fait l'objet de présentations et de discussions publiques à partir d'octobre 1988. Ce processus de consultation comprenait des ateliers dans toutes les régions de l'Ontario, un atelier réunissant des représentants de tous les coins de la province et, enfin, une réunion de stratégie.

Les ateliers régionaux :

Durant le mois d'octobre 1988, des ateliers régionaux ont eu lieu à Hamilton, à Ottawa, à Toronto, à Thunder Bay, à Sudbury, à Kitchener-Waterloo et à London. Les objectifs de ces rencontres étaient les suivants :

recherches

- expliquer les recherches effectués jusqu'alors

observations

- recueillir des observations et des exemples précis de problèmes de santé qui sont liés à l'analphabétisme

solutions

- trouver les solutions actuelles et éventuelles

intervention

- créer des réseaux pour intervenir de façon organisée et permanente.

Environ quinze personnes ont participé à chacun des ateliers au nom de leurs collègues oeuvrant dans les domaines de l'alphabétisation, de la santé, de la pharmaceutique et des services sociaux. Ces personnes avaient été choisies en fonction de leur compréhension du lien qui existe entre le niveau d' alphabétisation et la santé et de leur connaissance directe de la question. Certains participants avaient rempli le questionnaire lors du sondage. D'autres prenaient contact avec le projet pour la première fois.

Même si chacun des ateliers se déroula selon la même formule, les discussions ne furent pas les mêmes dans toutes les régions. Les ateliers traitaient tous de quatre grandes questions :

- la connaissance de drogues
- le recours aux services et à l'information
- la santé des parents et des enfants
- les milieux sains et sans danger

l'optique globale

Certains intervenants ont examiné la question dans une optique globale en reliant l'analphabétisme à des problèmes sociaux tels que la pauvreté, la pénurie de logements convenables et le chômage. Quelques-uns des participants jouaient un rôle plus actif que d'autres dans la lutte communautaire pour résoudre les problèmes de santé liés à l'analphabétisme.

La consultation provinciale :

élaborer les stratégies

Les 28 et 29 novembre 1988 avait lieu, à Toronto, une rencontre provinciale réunissant soixante intervenants oeuvrant dans les domaines de l'alphabébetisation, de la santé et des services sociaux ainsi que des représentants des gouvernements fédéral et provincial. Les activités du premier

jour furent axées sur la présentation des résultats et la formulation de stratégies visant des problémes précis. Le lendemain, les participants examinèrent les problèmes sous une optique globale. C'est ainsi que furent élaborées des stratégies ayant pour objet d'apporter des améliorations concrètes à ces problèmes sociaux.

La rencontre stratégique :

synthétiser l'information

Le Comité de direction du projet a procédé à la synthèse de l'information recueillie au cours des étapes de recherche et de consultation. À partir de ces données, les membres du comité ont

champs d'action

délimité les champs d'action et proposé des stratégies pour atteindre les objectifs. Leur rapport a été soumis à une équipe stratégique composée d'onze intervenants qui avaient participé soit à un atelier régional, soit à la réunion de consultation provinciale ou aux deux. Cette équipe s'est réunie le 17 février 1989 pour

recommendations

résumer les recommendations et dresser la structure qui permettrait au projet de passer à l'étape suivante.

Les groupes spéciaux :

Il est ressorti des consultations que certains groupes – les Autochones, les Franco-Ontariens, les personnes handicapées, les personnes agées et les immigrants, par exemple – ont des inquiétudes particulières en ce qui concerne l'alphabétisation et la santé. Il importe donc de leur accorder une attention spéciale. Lors de la deuxième étape du projet, nous présenterons à chacun de ces groupes l'information que nous avons recueillie et leur offrirons le soutien dont ils ont besoin pour s'attaquer aux problèmes qui sont propres à leur situation.

NOTES

1. Sondage « *Literacy in Canada* » mené par Southam en 1987.

2. Les 368 lettres que nous avions envoyées nous ont rapporté 107 réponses. Ceci représente un taux de réponse de 18 p. 100 de la part des groupes communautaires d'alphabétisation et de 65 p. 100 de la part des circonscriptions sanitaires.

3. La liste des articles et des documents figure à la Bibliographie.

IV. RÉSULTATS DES RECHERCHES

QU'EST-CE QUE L'ANALPHABÉTISME?

compréhension

L'alphabétisation est un concept relatif. Il existe des degrés d'alphabétisation et aucune caractéristique fixe ne distingue l'analphabète de l'alphabétisé. L'alphabétisation ne se limite pas à la simple lecture, ou décodage, de mots. Elles englobe d'autres compétences telles que la compréhension, l'assimilation et l'aptitude à exprimer des raisonnements.

[photo]

Les recherches effectués par Eisemon[1] et autres ont démontré qu la « connaissance antérieure » que nous avons d'un domain donné exerce aussi une influence sur la compréhension ou le niveau d'alphabétisation. Par exemple, pour la personne qui n'a aucune connaissance sur les micro-organismes un rapport sur l'immunisation risque d'être incompréhensible. Cette définition élargie de l'alphabétisation entraîne des conséquences pour les personnes chargées de

présenter de l'information compréhensible en matière de santé.

« illettré absolu » et « illettré fonctionnel »

Une personne qui est absolument incapable de lire ou d'écrire et dite « illettré absolu ». Plus nombreux cependant sont les « illettrés fonctionnels » - des personnes qui ne possèdent pas les rudiments de lecture, d'écriture et de calcul nécessaire à la vie quotidienne. La valeur relative de ce concept est intentionnelle puisque les connaissances et les compétences dont on a besoin pour faire face aux exigences de la vie varient selon la société et la collectivité dans laquelle on vit. Car ces exigences sont variables.

économie axée sur l'information

Au fur et à mesure que l'économie de fabrication se transormer en économie axée sur l'information, même les emplois de débutants exigent des connaissances avancées en lecture, en écriture et en calcul.

L'étude *Literacy in Canada*, menée par Southam en 1987, mesurait le niveau d'alphabétisation au moyen d'épreuves de lecture. Selon leurs résultats, 24 p. 100 des adultes en Ontario sont illettrés fonctionnels et 20 p. 100 des Ontariens et Ontariennes originaires du Canada (ceci exclut des immigrants) sont illettrés.

Cependant, les moyens permettant de mesurer directement le niveau d'alphabétisation sont peu nombreux. La définition courante du terme illettré fonctionnel se fonde sur la suivante, établie par l'Unesco : une personne qui n'a pas terminé neuf années de scolarité. Or, selon ce critère, 19 p. 100 des adultes en Ontario seraient illettrés fonctionnels.

L'étude Southam a isolé deux autres groupes pertinents. D'abord, les « faux illettrés » c'est-à-dire les personnes qui ont les compétences nécessaires en lecture et en écriture, bien qu'ayant terminé moins de neuf années de scolarité; puis les « faux lettrés », ou les personnes qui sont illettrés fonctionnelles en dépit d'avoir terminé plus de neuf années d'études. Même si on ne réussit pas toujours à evaluer le niveau d'alphabétisation des individus au moyen des années de scolarité, ce critère s'avère fort efficace pour mesurer le taux d'alphabétisation des collectivités ou des sociétés car il produit des résultats qui ne sous-estiment la réalité que de 5 p. 100. Ainsi, malgré ses désavantages, il demeure un

indicateur utile. La plupart des recherches s'appuient d'ailleurs sur ce critère pour mesurer de degré d'alphabétisation.

Notre étude portait sur l'analphabétisation plutôt que sur l'inaptitude à parler ou à écrire le français ou l'anglais. Or, deux autres questions connexes sont importantes :

- Nos recherches démontrent que les immigrants, qui ne sont illettrés que dans leur langue maternelle, souffraient, comme d'autres analphabètes, de problèmes de santé.
- Les communications écrites et orales qui ne tiennent pas compte du milieu culturel ou sous-culturel du public cible s'avèrent peu compréhensibles.

L'ALPHABÉTISATION ET L'ÉTAT DE SANTÉ

L'objet de la présente étude était d'abord de relever les problèmes de santé qui résultent de compétences limitées en lecture. Or, les résultats démontrent que les personnes peu alphabétisées présentent un état de santé inférieur au reste de la population.

faible opinion de son propre état de santé

L'opinion qu'a une personne de son propre état de santé est l'un des facteurs plus fréquemment utilisés pour évaluer l'état de santé[2]. Le sondage sur la promotion de la santé a révélé que 27 p. 100 des personnes qui on terminé leurs études primaires ou qu n'en ont fait qu'une partie qualifient leur état de santé de passable ou pauvre. Des personnes qui ont effectué quelques années d'études secondaires, seulement 17 p. 100 estiment que leur santé est passable ou pauvre. Ce chiffre passe à 9 p. 100 chez les diplômes d'études secondaires, à 8 p. 100 chez les personnes qui on effectué postsécondaires partielles et à 6 p. 100 chez les personnes qui détiennent un diplôme collégial ou universitaire. D'autres études ont donné des résultats fort semblables.

activité limitée

L'activité limitée est un autre facteur servant à évaluer l'état de santé[3]. Des personnes qui ont une scolarité primaire ou moins, 26 p. 100 disent que leur activité est limitée, alors que ce chiffre est de 16 p. 100 chez ceux qui ont fait des études

sécondaires partielles et de 11 p. 100 chez les diplômés d'université.

nombre élevé d'accidents

L'activité limitée découle parfois d'un accident. Nos recherches ont révélé que les moins scolarisés sont plus portés que les autres à être victimes d'accidents, non seulement au travail mais aussi au foyer et ailleurs.

Nombre de facteurs autres que l'analphabétisme ou la faible scolarisation sont également reliés aux problèmes de santé; par exemple, l'âge, le revenu et des variables environnementales. Dans quelle mesure les problèmes de santé attribués à l'analphabétisme et à la scolarisation résulteraient-ils, en fait, d'un ou de plusieurs de ces facteurs? Dans quelle mesure l'analphabétisme résulterait-il d'un mauvais état de santé, plutôt que l'inverse?

[photo]

l'alphabétisation est la principale variable qui influence l'état de santé

Divers chercheurs ont exploré l'influence relative exercée sur la santé par un large éventail de variables. Ils ont tous isolé l'alphabétisation ou la scolarisation comme étant le facteur principal. Citons, à titre d'exemple, Leigh, qui ayant examiné quelques 20 facteurs, concluait que : « Les années de scolarisation demeurent un indicateur de bonne santé, peu importe quelles autres variables interviennent dans l'équation ou la méthode servant à mesurer l'état de santé. »[4]

Encore plus révélateur est le rapport de la Banque mondiale sur les effets de la scolarisation sur la santé[5]. *On y lit que l'alphabétisation est la principale variable associée à la mortalité, bien avant le revenu et la consommation de nourriture!*

QUEL EST LE LIEN ENTRE L'ANALPHABÉTISME ET LA MAUVAISE SANTÉ?

L'analphabétisme entraîne-t-il une détérioration de la santé? Il n'existe évidemment aucune réponse simple à cette question. Les répercussions sont d'une grande complexité. Il semblerait toutefois que l'analphabétisation exerce sur la santé un effet indirect ainsi qu'un effect direct plus prononcé. Certains de ces facteurs sont examinés ci-dessous.

L'EFFET DIRECT DE L'ANALPHABÉTISME SUR LA SANTÉ

Les documents que nous avons dépouillés fournissent peu d'information au sujet des répercussions directes de l'analphabétisation sur la santé. En revanche, les questionnaires soumis aux intervenants en santé communautaire et en alphabétisation et nos études de cas nous ont révélé de nombreux exemples de problèmes de santé, souvent d'une gravité qui exigeait un séjour à l'hôpital, qui étaient directement reliés au niveau d'alphabétisation. Voici des exemples concrets des genres de problèmes qui nous ont été signalé[6].

Mauvaise utilisation de médicaments :

Environ la moitié des répondants au questionnaire ont affirmé avoir connu des cas de mauvaise utilisation de

mauvaise compréhension

médicaments ou de mauvaise compréhension des instructions pour leur emploi. C'était le cas des médicaments en vente libre aussi bien que des médicaments prescrits. Des patients, en raison de leur incapacité à lire leur ordonnance, ont pris des doses supplémentaires par erreur et confondu différentes drogues. Dans certains cas, les conséquences sont graves :

incapacité à lire

> *Administration incorrecte de médicaments – tant les médicaments en vente libre que les ordonnances. Les clients se fient à la couleur des comprimés et sont mêlés lorsqu'on leur donne une autre marque de médicaments qui sont de couleur différente. Incapacité des clients à lire les instructions – ils prennent trop ou pas assez de médicament ce qui a des effets indésirables.*
>
> *Patient en gériatrie admis à l'hôpital pour une overdose de somnifères – il ne lisait ni l'anglais ni sa langue maternelle et ne pouvait distinguer entre divers médicaments ni se souvenir des heures auxquelles il devait les prendre – overdose accidentelle.*
>
> *Une patiente épileptique ne pouvait distinguer différents médicaments. Elle croyait qu'il s'agissait de vitamines et ne comprenait pas à quoi elles servaient.*

Ne pas suivre les ordres du médecin :

Nous avons recueilli de nombreux exemples de personnes qui ne suivaient pas les conseils de leur médecin, soit parce qu'elles étaient incapables de lire les instructions ou que les instructions orales étaient présentées d'une façon qui, pour elles, était inintelligible. Voici quelques exemples :

ne pas suivre les ordres

incompréhension

> *Des personnes diabétiques qui ne suivaient pas le traitement prescrit, ne prenaient pas leur insuline ou ne pouvaient lire les étiquettes sur les produits alimentaires afin d'éviter ceux qui contiennent du sucre.*
>
> *Les résultats d'interventions chirugicales et d'analyses sont parfois faussés parce que le patient n'était pas bien préparé – il n'a ni compris ni suivi les directives parce que celles-ci sont incompréhensibles.*
>
> *Un homme, âgé de quanante-huit ans, cardiaque, ne pouvait pas lire les instructions que lui avait données son médecin sur les*

démarches à suivre relativement à une intervention médicale spéciale.

Un couple a cessé d'utiliser des contraceptifs parce qu'il ne comprenait pas le concept et qu'il était incapable de lire les instructions et les documents pertinents.

Erreurs dans la préparation de biberons :

mauvaise utilisation

Des cas de mauvais emploi de lait pour bébés ont été signalés de façon spontanée par 13 p. 100 des participants au sondage.

Incapacité à lire les instructions sur la boîte de lait.

Certaines mères ne rajoutent pas d'eau au lait concentré, alors que d'autres diluent le lait prêt à servir – la santé du bébé est en danger.

Un couple illettré nourrissait son enfant au biberon. Le bébé était « difficile » alors que le père a décidé de lui donner plutôt du lait « Carnation » en rajoutant très peu d'eau, puis s'est mis à lui donner du lait entier. Il a changé ainsi quatre fois le biberon du bébé. Celui-ci a souffert de déhydratation et a dû être hospitalisé.

Une jeune étudiante dans un groupe d'alphabétisation s'apprêtait à nourrir son nouveau-né d'Enfalac sans y rajouter d'eau. Elle ne pouvait pas lire les instructions sur la boîte.

Risques à la sécurité :

ne pas savoir lire ni comprendre les avertisements

Certaines personnes ne peuvent ni lire ni comprendre les avertissements en matiére de sécurité, notamment sur les lieux de travail. Bien qu'il n'existe aucune preuve quantitative du nombre d'accidents qui résultent directement de l'analphabétisme, nous avons recueilli quelques exemples de problèmes similaires. Le Conseil consultatif sur la santé et la sécurité au travail cite les cas suivants :

Une nouvelle recrue qui ne savait pas lire est arrivée à un chantier de construction et on lui a demandé de se procurer des bottes pour le travail. Il a acheté des bottes qui, de l'extérieur, ressemblaient à celles que portaient ses collègues, mais l'absence d'une couche protectrice en métal s'est avérée significative par la

suite lorsque ce travailleur s'est blessé au pied.

Un travailleur s'est blessé en maniant des substances chimiques. Des avertissements figuraient sur l'étiquettes, mais il ne savait pas lire.

Des travailleurs ont interpreté un dessin illustrant la façon « incorrecte » d'effectuer une tâche comme étant la façon « correcte » de le faire. Le résultat : un nombre accru d'accidents.

Mais les risques à la sécurité ne se retrouvent pas uniquement sur les lieux de travail. Un intervenant nous a donné l'exemple suivant:

Une apprenante s'est vue retirer la garde de son enfant parce que celui-ce est tombé malade après avoir joué dans l'eau polluée. La Société d'aide à l'enfance accusait la mère de négligence car elle n'avait pas lu les avis postés dans la région. La mère avait honte d'avouer qu'elle ne savait pas lire.

CONSÉQUENCES INDIRECTES DE L'ANALPHABÉTISME SUR LA SANTÉ

Ces problèmes de santé, qui résultent directement de l'incapacité à lire, sont importantes et graves. Cependant, nos recherches ont révélé un fait tout aussi remarquable : ces répercussions directes ne représentent que le pointe de l'iceberg.

Il ressort des documents que nous avions recensés et de nos propres données que la plus grande influence de l'analphabétisme sur la santé s'exerce indirectement. Par exemple, comme l'affirme Leigh : « Deux sondages effectués à l'échelle nationale démontrent la dominance des effets indirects sur les effets directs … Les statistiques révèlent que certaines variables telles le tabigisme, l'exercice physique et la profession interviennent de façon non négligible sur le lien entre la scolarisation et la santé. »[7]

dominance des conséquences indirectes

L'analphabétisme conduit à des modes de vie indésirables, engendre le stress, impose des conditions de vie et de travail malsaines. Les analphabètes n'ont pas suffisamment accès à l'information en matière de santé et font un usage incorrect des services médicaux et de santé. Par ailleurs, l'analphabétisme entraîne souvent le chômage et la pauvreté. Et, comme on le démontrera ci-dessous, ces facteurs ont, à leur tour, des effets néfastes sur la santé.

Modes de vie sains :

comportements malsains

Les personnes peu alphabétisées sont plus portées que d'autres à adopter toute une gamme de comportements malsains et ont moins tendance à pratiquer des mesures de prévention.

[photo]

Par exemple, en comparaison avec le reste de la population, les moins lettrés sont plus portées à :

- fumer une grande quantité de cigarettes
- avoir une mauvaise alimentation
- consommer de fortes quantités de café
- ne pas pratiquer régulièrement des activités physiques
- ne pas boucler leur ceinture de sécurité
- ne pas practiquer l'auto-examen du sein et ne pas subir des test pap
- ne jamais avoir fait prendre leur tension artérielle
- ne pas posséder d'extincteur d'incendie, de détecteur de fumée ou de trousse de premiers soins.

Un grand nombre de chercheurs ont obtenu des résultats semblables et les répondants à notre sondage confirment cette information. Par ailleurs, en plus d'adopter fréquemment des comportements dangereux, les moins alphabétisés ont une compréhension limitée de la portée des pratiques saines.

D'ailleurs, comme l'ont démontré le sondage canadien sur la promotion de la santé et d'autres sondages importants, la consommation d'alcool est le seul facteur de risque à ne pas figurer plus fortement chez les moins lettrés. En fait, les personnes ayant un niveau élevé de scolarisation sont plus portées à consommer des quantités excessives d'alcool et à prendre le volant après avoir bu.

L'influence de ces facteurs de risque sur la santé a fait l'objet de nombreuses études. Certains chercheurs estiment que les modes de vie malsains, alliés à l'absence de mesures préventives, constituent probablement l'une des principales causes du mauvais état de santé des personnes peu alphabétisées.

éviter de « blâmer le victime »

possibilités limitées

Il importe de se garder de « blâmer le victime » dans ce genre d'analyse. En effet, plusieurs facteurs limitent la possibilité qu'ont ces personnes de prendre des décisions judicieuses touchant leur mode de vie.

L'alphabétisation et la pauvreté

Les répercussions de la pauvreté sur la santé ont attiré l'attention d'un nombre considérable de chercheurs et les rapports sont nombreux.

disparités de santé

mortalité précoce

maladies fréquentes

jouissent d'une parfaite santé pendant moins d'années

Au Royaume-Uni, la commission Black a étudié l'inégalité de l'état de santé des personnes ayant un faible revenu. Au Canada, on s'est également penché sur les disparités de santé chez les pauvres. Par exemple, une étude menée pour le Comité d'examen de l'aide sociale (SARC)[8] a examiné le lien entre la pauvreté et l'état de santé, et démontré que les pauvres vivent moins longtemps que les mieux nantis, sont malades plus souvent et jouissent moins longtemps d'une parfaite santé.

mortalité et morbidité élevées

Lors de son étude des documents préparés par les organismes communautaires, l'Organisation nationale anti-pauvreté a découvert « un lien inexorable entre le faible revenu et les taux élevés de mortalité et de morbidité »[9]. Fait surprenant, ce rapport fait état de l'opinion répandue que les problèmes de santé engendrés par la pauvreté découlent de la faim ou d'une mauvaise alimentation, des millieux insalubres et du stress. Labonte[10] s'est également penché sur certains des mécanismes qui lient un faible statut socio-écononique à un mauvais état de santé.

la scolarité : un prérequis

Dans quelle mesure les problèmes de santé découlent-ils de l'analphabétisme plutôt que du faible revenu ou de la pauvreté? Bien que la faible scolarisation ne constitue pas la seule cause de la pauvreté, de toute évidence, elle y joue un rôle important. Dans la majorité des cas, l'instruction est la prérequis qui permet d'obtenir un emploi et de gagner un salaire suffisamment élevé pour éviter la pauvreté ou s'en sortir.

emplois marginaux, mal rémunérés et qui exigent de faibles compétences

Plus de la moitié des assistés sociaux en Ontario sont illettrés fonctionnels. Seulement 40 p. 100 des Ontariens ayant terminé moins de neuf années de scolarité détiennent un emploi; 55 p. 100 de ceux-ci ne sont même pas sur la marché du travail. Et s'ils ont un emploi, il y a de fortes chances que les illettrés fonctionnels occupent un poste marginal, mal rénuméré, que exige peu de compétences et n'offre aucune

stabilité. Ces facteurs, ainsi que d'autres, ont incité le Comité d'examen de l'aide sociale à conclure que : « des compétences de base en lecture, en écriture et en calcul sont essentielles à presque tout emploi. »[11] Rea, qui partage cet avis, a aussi affirmé que :
« En termes simples, les illettrés et semi-illettrés trouveront infiniment plus difficile de trouver un emploi rémunéré dans une économie qui est de plus en plus axée sur l'information. » [12]

Il est non seulement nécessaire d'être lettré pour obtenir un poste qui offre un salaire permettant de vivre au-dessus du seuil de pauvreté, mais de nombreux programmes de formation exigent une dixième, une onzième et même une douzième année. Par conséquent, les illettrés fonctionnels ne sont même pas admissibles aux programmes de formation professionelle, y compris le Programme d'initiatives en faveur de l'emploi du ministère des Services sociaux et communautaires. Or, ces programmes sont conçus spécialement pour permettre aux assistés sociaux d'acquérir les compétences qui mèneront à une plus grande indépendance.

Nous ne cherchons surtout pas à minimiser les liens directs entre la pauvreté et les problèmes de santé. Au contraire, la pauvreté agit directement sur la santé et de bien des façons. L'analphabétisme, la pauvreté et la santé sont manifestement liés. La pauvreté, tout comme les problèmes de santé qu'elle entraîne, résulte, en grande partie, de l'analphabétisme et de la faible scolarisation.

Le stress et la faible estime de soi :

Notre examen des documents publiés dans ce domaine, les résultats du sondage et de nos études de cas font tous ressortir le lien entre l'analphabétisme, le stress et le mauvais état de santé.

stress élevé

faible estime de soi

On remarque chez les personnes moins alphabétisées un niveau élevé de stress et une faible estime de soi. Il n'est pas facile de vivre dans un monde où les compétences en lecture sont considérées comme un acquis et sont essentielles à

l'accomplissement de nombreux activités quotidiennes. Ainsi, ceux qui ne les possédent pas doivent « se tirer d'affaire » sans bénéficier de l'information à laquelle ont accès les mieux scolarisés. Ceci suscite des sentiments de frustration, de rage et de honte. La faible estime de soi rend difficile la recherche fructeuse d'un emploi; elle constitue également une entrave aux contracts sociaux. Cette situation accentue le stress et augmente le risque de probèmes de santé.

vulnerabilité

impuissance

Le manque de connaissances suffisamment avancées en lecture pour faire face aux exigences de la societé, suscite des sentiments de vulnérabilité et d'impuissance. Et cette vulnérabilité est tout à fait réelle. Les postes ouverts à des personnes peu lettrés sont habituellement à un échelon inférieur, de durée limitée et les personnes que les occupent ont très peu d'influence sur leurs conditions de travail. D'ailleurs, les assistés sociaux sont souvent considérés par le reste de la société comme ayant remoncé à leur indépendance; opinion qu'ils partagent souvent eux-mêmes. La pauvreté qui en résulte ne fait qu'amplifier le stress. L'Organisation nationale anti-pauvreté a signalé le stress comme étant le principal danger à la santé de personnes pauvres.

[photo]

Milieux de travail dangereux :

nombreux accidents du travail

emplois dangereux

Bien que les données actuelles ne soient pas concluantes, il appert que les personnes moins lettrés sont victimes d'un nombre disproportionné d'accidents du travail. Ceci découlerait principalement du fait que les emplois auxquels ils ont accès sont, en général, plus dangereux. Un nombre disproportionné d'illettrés fonctionnels travaillent dans les industries primaires, l'exploitation des richesses naturelles et le domaine de la construction. Ces industries connaissent un taux d'accidents bien plus élevé que la moyenne.

Par ailleurs, une bonne partie de l'information sur la santé et la sécurité au travail n'existe que sous forme écrite[13]. Un sondage effectué auprès de personnes inscrites à un programme d'alphabétisation[14] a révélé que :

- presque tout les participants avaient dû lire des documents ayant trait à la santé et la sécurité au travail et que tous avaient eu quelque difficulté à la faire
- la majorité de participants ne tenaient pas compte des instructions qu'ils ne pouvaient pas lire
- seulement la moitié environ des personnes interrogées avaient reçu une explication orale de leurs tâches.

Par ailleurs, il est moins probable que les travailleurs peu alphabétisés soient conscients des dangers dans leur milieu de travail et connaissent leurs droits en vertu des lois en matière de santé et de sécurité au travail. Et, s'ils connaissent leurs droits, ces travailleurs ne sont vraisemblablement pas en mesure de les revindquer.

Voici comment le Comité consultatif sur la santé et la sécurité au travail décrit la situation :

> *Les problèmes d'ordre pratique que soulève la recherche fructueuse d'un emploi, la crainte de perdre un emploi en raison de son faible niveau d'alphabétisation, les possibilités d'emploi limitées et le manque de confiance en soi sont tous des facteurs qui empêcheront vraisemblablement le travailleur illettré d'exprimer son opinion sur les problèmes de santé et de sécurité*

au travail et de participer de manière efficace à leur résolution. Souvent, les illettrés fonctionnels sont défavorisés sur le plan socio-économique et les «stigmates» associés à l'analphabétisme les incitent à dissimuler leur incapacité à lire, à écrire et à comprendre des documents écrits et les dissuadent de demander de l'aide.

la présence de dangers

instructions ou formation insuffisante ou mal adaptée

Les recherches démontrent, comme le fait valoir Ramirez[15], que c'est l'emploi et non le travailleur qui est dangereux. Selon le Conseil consultatif : « Les accidents relevaient plutôt de la présence de dangers sur les lieux de travail et de directives ou de la formation insuffisantes ou mal adaptées. »

Accès à l'information en matière de santé :

Lire l'information

inaccessible

La majeure partie de l'information en matière de santé est disséminée sous forme de documents écrits, la rendant ainsi inaccessible aux moins alphabétisées. Ceci comprend l'information diffusée tant par les organismes de santé et de services sociaux que par les médias populaires et d'autres organismes.

dominance de l'écrit

L'écrit est le principal moyen qu'utilisent les organismes de santé pour diffuser des renseignements sur la santé et les modes de vie. Par conséquent, cette information est inaccessible aux analphabètes.

simplifier la langue

Les intervenants dans le domaine de la santé sont de plus en plus nombreux à reconnaître qu'une bonne partie des documents écrits sont peut-être trop complexes et qu'il faudrait en simplifier la langue. Cette orientation vers une plus grande liabilité rendra les documents plus accessibles et plus utiles pour bien des personnes.

Il existe, cependant, un grand nombre de personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas lire l'information écrite, peu importe le niveau de complexité.

traductions difficiles

On assiste actuellement à une multiplication des brochures et des dépliants traduits de l'anglais. On nous a signalé, cependant, que la langue de bon nombre de ces traductions est d'une trop grande complexité rendant ainsi la compréhension difficile.

adapter au lieu de traduire

Peu importe la présentation, une bonne partie de l'information en matiére de santé risque de s'avérer non pertinente à certains groupes culturels. Aussi convient-il *d'adapter* l'information plutôt que de la *traduire* afin d'en assurer la clarté et la pertinence.

[photo]

emploi de symboles compliqués

Certains préconisent l'emploi de symboles pour communiquer avec des personnes dont les compétences en lecture sont limitées. Or, bon nombre de ces symboles sont incomprehensibles. En règle générale, plus un symbole est abstrait, plus il risque d'être mal compris. Comme c'est le cas pour les mots, chaque personnes accorde une signification aux symboles selon son expérience antérieure avec ces

symboles et le contexte dans lequel ils sont utilisés. Par conséquent, il semblerait que les symboles sont encore moins parlant pour les analphabètes que pour le reste de la population.

vocabulaire limité

connaissances limités sur la santé

L'alphabétisation est plus que le simple décodage des mots, elle inclut aussi la compréhension et c'est là le plus important. Or, pour assurer la compréhension de l'information sur la santé, quel qu'en soit le mode de présentation, il est essentiel de suivre certains principes fondamentales de communication. Ceci implique l'adaptation des messages au mode de vie du public cible et, le cas échéant, la vérification des connaissances acquises. Les moins alphabétisés ont parfois un vocabulaire limité et de faibles connaissances en matière de santé.

À moins de tenir compte de ces éléments, les professionnels de la santé risquent de découvrir que même leurs instructions verbales sont incompréhensibles pour les analphabètes. Les intervenants ont fréquemment recours à des documents écrits pour appuyer leurs instructions verbales ou pour rappeler au patient certains détails. Or, ceux-ci ne sont d'aucune utilité pour les personnes qui sont incapables de les lire.

mal informés

Aussi est-il peu surprenant de découvrir que de nombreux analphabètes n'ont qu'une faible compréhension des questions relatives à la santé et sont souvent mal informés. Il est vrai que l'effet de l'information en matière de santé sur le comportement et l'état de santé n'a pas fait d'objet d'analyses sérieuses. Mais les initiatives dans le domaine de la promotion de la santé semblent toutefois s'être traduites par de meilleures habitudes de santé. Par exemple, la publicité sur les dangers tabagisme a réduit le nombre de fumeurs et l'information sur la nutrition a entraîné une amélioration des habitudes alimentaires. Par conséquent, étant donnée l'utilité de cette information écrite, son inaccessibilité aux analphabètes ne peut qu'avoir des conséquences négatives sur leur santé.

Mauvais usage ou aucun usage des services médicaux et de santé :

trouver des services

Nombre de documents attestent du fait que les moins lettrés sont souvent en peine pour trouver des soins de santé. Dans biens des cas, ces personnes ne savent pas quels services communautaires ou de santé sont offerts. Même s'ils en connaissent l'existence, ils ne savent pas comment s'en prévaloir. On nous a cité des exemples de personnes qui n'avaient pas l'assurance-maladie RAMO. Certains étaient incapables de remplir les formulaires de demande, d'autres ne savaient pas qu'ils pouvaient demander une exemption des primes, d'autres encore n'avaient jamais même entendu parler du régime!

Dans un cas (signalé par un répondant au questionnaire), un jeune garçon s'est coupé au front, près de l'oeil, lors d'une chute. Sa mère, nouvellement arrivée dans la ville, ne connaissent pas l'emplacement de l'hôpital et était incapables de consulter l'annuaire téléphonique. Par conséquent, l'enfant n'a pas reçu de soins médicaux d'urgence et a failli perdre son oeil.

Certaines personnes ont peur de demander de l'aide ou trouvent gênant de le faire. Une intervenante en santé résume la situation de la façon suivante :

> *Le timidité des clients en raison de leur analphabétisme est un problème considèrable. Ils se sentent trop embarrassés pour demander au médecin ou à la travailleuse sociale de leur expliquer les ordonnances, les descriptions de leur maladie … Ils se fient aux conseils de leurs amis pour se prescrire des médicaments sans ordonnances.*

tenir des rendez-vous

suivre des instructions

L'analphabétisme mène également à l'usage incorrect des services et des soins médicaux. Par exemple, les moins alphabétisés ont parfois du mal à se souvenir de leurs rendez-vous ou à suivre les instructions du médecin. On nous a signalé au moins un cas où on a dû remettre une intervention chirurgicale en raison de l'incapacité du patient [de lire les instructions du hôpital concernant la pré-admission].

négligence des soins préventifs

Certaines personnes réagissent de manière excessive aux problèmes de santé dont ils croient souffrir, alors que d'autres font un usage abusif des services d'urgence des hôpitaux. Mais dans bien des cas, et pour diverses raisons, les analphabètes négligent les soins préventifs et ne consultent le médecin qu'au moment où leur problème de santé atteint un état critique. Or, comme le fait remarquer Leigh[16], la scolarisation nous donne les moyens de faire un emploi judicieux des services médicaux.

Il arrive que les moins analphabétisés suivent mal les ordres de leur médecin. Ceci découle en partie de leur incompréhension des instructions ou des ordonnances. Mais, plus souvent, il s'agit d'une mauvaise compréhension des instructions verbales. Car dans bon nombre de cas, les intervenants ne présentent pas l'information ou les instructions de manière à en faciliter la compréhension.

SENSIBILISATION AUX PROBLÈMES DE SANTÉ DÉCOULANT DE L'ANALPHABÉTISME

problème mal connu

De nombreux intervenants dans les domaines de la santé publique et de l'alphabétisation sont conscients de la portée éventuelle de l'analphabétisme sur la santé. En effet, selon les intervenantes en santé publique que ont répondu au questionnaire, une forte proportion de leurs collègues sont sensibilisés au problème, y réfléchissent sérieusement et cherchent à le résoudre. Nous avons reçu de la part d'intervenants en santé publique et communautaire de nombreux exemples précis de problèmes de santé découlant de l'analphabétisme et de moyens qu'ils ont utilisés pour les contrer.

sentiment d'isolement

Ces mêmes intervenants se plaignent cependant d'un sentiment d'isolement. Ils étaient heureux de pouvoir raconter leurs expériences dans le domaine de l'alphabétisation car, pour bon nombre d'entre eux, une telle occasion ne s'était jamais présentée auparavant. D'autres affirmaient être parmi les rares personnes à comprendre la nature de ce problème.

mauvaise compréhension

Mais un certain nombre – 20 p. 100 des répondants – et probablement une forte proportion de ceux qui ont choisi de ne pas participer au sondage, disent ne pas connaître de lien entre l'analphabétisation et la santé. Cette conclusion repose sur des réponses de personne qui :

- expriment de désir de se renseigner davantage sur la question
- avouent ne pas avoir réfléchi au problème
- rejettent carrément la possibilité que l'analphabétisme puisse provoquer des problèmes de santé
- affirment (un répondant) que les problèmes de santé résultent non pas de l'analphabétisme mais du *mode de vie*.

Il appert que la majorité des gens ne comprennent pas la pleine portée de l'analphabétisme dans notre société. Un sondage mené par Westmount Research[17] a révélé que seulement 11 p. 100 des Canadiens et Canadiennes étaient en mesure d'évaluer correctement le nombre de personnes que sont analphabètes. Bien qu'ils n'existe pas de données semblables sur les intervanantes en santé, tout porte à croire que ces derniers ne comprennent pas non plus l'étendue du problème.

D'ailleurs, une des trois solutions proposées le plus fréquemment par les participants au sondage était la suivante : sensibiliser les professionnels de la santé aux problèmes liés à l'analphabétisme et sur la façon dont ils devraient y réagir.

Comment réagir :

camoufler le problème

dépister les analphabètes

Bien des personnes que ne savent pas lire font des efforts considérables, et avec raison, pour dissimuler leur incapacité à tous, y compris les professionnels de la santé. Aussi un grand nombre de ces derniers ont-ile souligné la nécessité de former les intervenants à reconnaître et à signaler avec délicatesse le problème et à prendre les mesures qui conviennent.

Certains professionnels de la santé rejettent cependant toute responsabilité en la matière[18]. Il ressort que la plupart des professionnels de la santé ne sont tout simplement pas

conscients de l'existence du problème, ni du fait que bien des personnes dissimulent leurs faiblesses en ce qui a trait à la lecture et la compréhension. Il ne viendrait pas à l'idée de ces intervenants que le « refus de suivre les ordres » tient au fait que le patient est incapable de lire ou de comprendre des instructions verbales. Ce qui n'est pas peu de chose.

LES DÉFIS

Les analphabètes font face à de nombreux défis :

occasions

- Bon nombre d'entre eux reconnaissent qu'ils n'arrivent pas à comprendre une quantité de renseignements essentiels en raison de leurs faibles compétences en lecture. Ils veulent améliorer leurs connaissances. *Les Canadiens devraient avoir l'occasion de se perfectionner en lecture.*

pouvoir obtenir et utiliser de l'information

- Les personnes illettrées doivent tout de même avoir accès à certains renseignements essentiels. *Toute personne, peu importe son degré d'alphabétisation, devrait avoir accès et pouvoir utiliser l'information qui est essentielle à sa santé et sa sécurité.*

l'importance des milieux sains et sans danger

- En raison de leurs possibilités restreintes, les analphabètes ont du mal à se servir de l'information qu'ils possèdent. Par exemple, même si on sait bien s'alimenter, il est difficile de la faire lorsqu'on manque d'argent pour acheter de la nourriture. *Toute personne, peu importe son degré d'alphabétisation et la quantité d'information à laquelle elle a accès, devrait pouvoir vivre, étudier et travailler dans des milieux qui favorisent sa santé et sa sécurité.*

NOTES

1. Voir T.O. Eisemon, *Benefitting From Basic Education, School Quality and Functional Literacy in Kenya*, Oxford, Pergamon Press, 1988.

2. La question posée aux participants au sondage était la suivante : « En générale, en comparaison avec les autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre état de santé est excellent, très bon, bon, moyen our pauvre? »

3. La question posée lors du sondage était le suivante : « Souffrez-vous d'un problème physique chronique ou d'une maladie qui limite le genre ou le montant d'activités physiques que vous pouvez accomplir? »

4. J.P. Leigh, "An Empirical Analysis of Self-reported, Work-limiting Disability," dans *Medical Care,* vol. 23, n° 4, 1985, p. 318.

5. Voir S.H. Cochrane, D.J. O'Hara and J. Leslie, *The Effects of Education on Health, série « Documents de travail* » n° 405, Washington, D.C., la Banque mondiale, 1980.

6. Sauf indication contraire, toutes les citations dans cette partie sont tirées des réponses au questionnaire.

7. J.P. Leigh, « Direct and Indirect Effects of Education on Health » dans *Social Science Medicine,* vol. 17, n°. 4, 1983.

8. Voir M. Harding, « The Relationship Between Economic Status and Health Status and Opportunities: A Synthesis » Toronto, le Comité d'examen de l'aide sociale en Ontario, 1987.

9. H. Echenberg, Organisation nationale anti-pauvreté : « Working Summary of Community-based Literature on Health Inequalities », Ottawa, Direction des services de santé et de promotion, Santé et Bien-être social du Canada, 1987.

10. R. Labonté, « Concepts, Research and Strategies Related to Social Support and Surplus Powerlessness » *Heart Health Inequalities Workshop Report,* le 3 décembre, 1987.

11. Rapport du Comité d'examen de l'aide sociale, *Transitions*, Toronto, ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, 1988.

12. B. Rea, *Adult Literacy and the Workplace*, Rapport intérimaire : phase 2, 1986.

13. Par exemple, le nouveau système de Système d'information sur les matières dangereuses au travail.

14. Les citations sur cette page sont tirées du *Seventh Annual Report* du Conseil consultatif sur la santé et la sécurité au travail, 1er avril 1984 au 31 mars 1985, Toronto, ministère du Travail de l'Ontario.

15. Voir R. Ramirez, « The Relationship between Illiteracy and Accident Occurrence », actes du dixième congrès mondial sur la prévention des accidents et des maladies reliés au travail, 1983, p. 165-166.

16. Voir J. P. Leigh, « Direct and Indirect Effects of Education on Health » *dans Social Science Medicine*, vol. 17, no. 4, 1983.

17. Canadian Business Task Force on Literacy, *Literacy Public Opinion Survey,* Toronto, Westmount Research Consultants Inc., 1986.

18. Les réponses au questionnaire et les études de cas on révélé la présence d'attitudes comme les suivantes :
    - « Cela relève du système scolaire et non pas des professionnels de la santé. »
    - « Ce n'est pas mon problème si les gens ne comprennent pas ce que je leur dis. Je n'ai pas le temps de tout leur expliquer en langue courante. »

- « Cela ne me regarde pas – c’est le travail de l’éducateur en santé. »

Or, cela les regarde.

V. RÉAGIR AU PROBLÈME

Les liens multiples qui existent entre l'alaphabétisation et la santé et les divers défis auxquels font face les analphabètes exigent trois différentes sortes d'intervention. Il s'agit de s'engager à :

- rendre l'alphabétisation et la santé universelles
- rendre les milieux saine et sans danger
- assurer l'égalité d'accès à l'information essentielle

interventions coordonnées et complémentaires

Ces interventions ne peuvent réussir si elles se font isolément. Ce n'est qu'en organisent des activités complémentaires et en les coordonnant les unes avec les autres que l'on rendra le monde plus sain et sans danger pour les personnes qui ne savent pas lire.

RENDRE L'ALPHABÉTISATION ET LA SANTÉ UNIVERSELLES

Tous les Canadiens et toutes le Canadiennes devraient posséder des compétences suffisamment poussées en lecture, en écriture et en calcul pour faire face aux exigences de la société moderne. Il est essentiel que chacun puisse se prendre en main et améliorer son état de santé. Aussi convient-il de consacrer une énergie considérable à mettre en oeuvre des interventions visant à accroître la capacité des Canadiens et des Canadiennes à comprendre l'information au sujet de leur santé et leur sécurité.

Nous avions expressément omis des volets de recherche et de consultation toute question ayant trait à la qualité du système scolaire public et du système de santé en Ontario. Or, la nécessité d'améliorer ces deux systèmes s'est imposée avec une évidence indéniable.

enseigner la lecture

Un nombre élevé des participants à notre sondage et de chercheurs spécialistes du domaine estiment que l'enseignement de la lecture est la meilleure façon de traiter les problèmes de santé reliés à l'analphabétisme. Par ailleurs,

des spécialistes en économie médicale, dont Slater et Carlton, estiment que « Consacrer un dollar à l'éducation entraîne une plus forte réduction du taux de mortalité que de dépenser la même somme en soins médicaux. »[1]

L'engagement envers l'alphabétisation implique une intervention sur deux plans :

l'éducation efficace et utile

- Veiller à ce que les jeunes acquièrent les connaissances nécessaires en lecture, en écriture et en calcul. C'est-à-dire, leur assurer une éducation efficace et utile.

créer des occasions

- Bien des adultes n'ont jamais eu l'occasion de s'alphabétiser. Il convient donc de leur donner cette chance. De nos jours, 24 p. 100 des adultes au Canada n'ont pas les connaissances en lecture, en écriture et en calcul nécessaire pour faire face aux exigences de notre société. Aussi est-il crucial que le Canada s'engage à alphabétiser ses citoyens. C'est un projet de longue haleine.

S'engager à assurer l'universalité des services de santé implique les démarches suivantes :

réduire les inégalités

- Trouver des moyens de réduire le inégalités entre l'état de santé de personnes ayant différents niveaux de revenu, habitant dans différentes régions (ceci comprend les écarts entre les populations rurales et urbaines) et ayant différentes origines culturelles. La recherche de politiques et d'initiatives en matière de santé qui seraient susceptibles de corriger ces disparités représente un défi de taille.

prévention

- Découvrir des moyens novateurs et efficaces de prévenir les blessures, les maladies et la souffrance chronique ainsi que les handicaps qui en résultent. Pour prévenir une maladie, il faut d'abord cerner les facteurs qui la causent, puis atténuer leur effet ou les éliminer.

améliorer les aptitudes

- Améliorer l'aptitude des personnes à faire face aux maladies chroniques, aux handicaps et aux problèmes de santé mentale. Il nous incombe de leur donner les compétences et d'établir les

réseaux de soutien

réseaux communautaires de

soutien nécessaire à l'amélioration de leur qualité de vie[2].

Les obstacles :

Bon nombre de personnes analphabètes souhaitent se perfectionner en lecture mais sont incapables de le faire ou peu disposés à faire les démarches nécessaire et ce, pour diverses raisons. Ces mêmes raisons risquent d'influer sur leur décision de profiter ou non du système de santé que s'offre à eux:

- Le pénurie dans leur localité de programmes et de services offerts à des heures et des endroits appropriés et de services de soutien leur permettant de s'en prévaloir. L'absence, dans bien des collectivités, de programmes d'alphabétisation. L'inaptitude de nombreux programmes d'alphabétisation à répondre aux demandes. La difficulté qu'ont les parents de jeunes enfants à trouver le temps nécessaire pour suivre des cours, en plus de leur travail quotidien. Bien des adultes qui doivent élever une famille ont besoin d'aide pour la garde de leurs enfants.

styles et préférences

- Les styles et les préférences des adultes en matière d'apprentissage varient énormément. Or, il arrive souvent que les programmes d'alphabétisation privilégient une seule méthode d'enseignement. Ces programmes ne sont pas accessibles aux étudiants qui ne peuvent apprendre selon le modèle choisi.

l'analphabétisme : un stigmate

- L'analphabétisme est un fardeau. L'étude menée par Southam a révélé que bien des adultes illettrés ne profiteront pas des programmes d'alphabétisation. Ceci relève, en partie, de la honte qu'ils ressentent face à leur incapacité à lire, à écrire ou à calculer. Mais il existe aussi d'autres raisons. Il ressort clairement que certaines personnes ont trouvé d'autres façons de se débrouiller qui, à leur avis, éliminent la nécessité d'acquérir les compétences qui leur manquent. Elles se fient à d'autres personnes et ont recours à d'autres moyens pour obtenir l'information dont elles ont besoin.

Stratégies :

La portée de ces facteurs est considérable. Les participants aux étapes de la recherche, aux ateliers régionaux et à la séance de consultation ont proposé les stratégies suivantes :

augmenter la capacité

- Accroître la capacité des programmes d'alphabétisation, c'est-à-dire le nombre de cours et le nombre de places dans ceux-ci, de manière à pouvoir répondre à tous ceux et celles qui ont besoin d'aide et qui la demandent.

multiplier les lieux d'apprentisage

- Augmenter le nombre de milieux où sont offerts les cours d'alphabétisation afin que toute personne puisse choisir l'environnement qui répond à ses goûts particuliers. Ceci comprendrait, par exemple, divers programmes communautaires dont certains offerts en collaboration avec d'autres organismes et à différents endroits[3]. Les apprenants pourraient également choisir parmi des cours particuliers ou des classes en groupe dans des endroits qui sont faciles d'accès et où ils se sentent à l'aise.

multiplier les méthodes

- Multiplier les méthodes d'alphabétisation pour chaque collectivité en offrant une gamme de cours, certains axés sur un programme d'études, d'autres sur l'apprentissage individuel ou en famille. Certains cours porteraient sur un large éventail de sujets, de façon à ce que les apprenants puissent acquérir de l'information sur de nombreuses questions telles que l'evolution de leurs responsabilités au travail, la santé de leur enfant, leur endroit juridiques.

multiplier les sources de soutien et les possibilités d'apprentisage

- Multiplier les sources de soutien et les possibilités d'apprentissage afin que toute personne pouisse suivre des programmes d'apprentissage à plusieurs reprises durant sa vie. Par le soutien, on entend divers moyens allant de services de garderie à l'organisation de cours offerts près du lieu de travail ou du domicile des apprenants. Le soutien financier permettrait aussi à certaines personnes de poursuivre leur éducation sans déroger à leurs responsibilités vis-à-vis de leur employeur ou de leur famille. Dans d'autres cas, l'aide financière permettrait à l'apprenant de mettre de côté ces responsabilités pendant quelque temps.

servir de « chien de garde »

- Former un comité sur l'alphabétisation et la santé qui assumera le rôle de « chien de garde ». Il convient aussi de créer un équipe chargée d'examiner, d'évaluer et d'élaborer des documents et des programmes à l'intention des analphabètes.

subventionner l'alphabétisation

- S'assurer que les gouvernements et les divers organismes qui subventionnent les programmes sociaux élaborent des critères visant à tenir compte des projets d'alphabétisation.

varier les moyens de communication

- Établir des lignes directrices pour la création de documents lisibles et utiles et pour encourager l'emploi de moyens de distribution autres que l'écrit.

apprentissage continu

- Apporter des changements profonds au système d'éducation afin de favoriser l'apprentissage tout au long de la vie. On adopterait alors un principe de formation en alternance selon lequel les personnes se remettraient aux études pour acquérir des connaissances spécifiques au moment où elles en ont besoin.

sensibiliser

- Sensibiliser les professionnels de la santé et des services sociaux à l'étendue de l'analphabétisme et leur faire comprendre ses répercussions sur l'état de santé d'un grand nombre de personnes. Au lieu d'éliminer les obstacles systématiques, les pratiques actuellement en vigueur les perpétuent, ce qui se traduit par la disparité des services de santé et des états de santé inégaux.

réduire la disparité

- S'engager, en tant que professionnels de la santé, à réduire la disparité des états de santé. Pour en faire, il nous faudra agir à titre individuel en offrant, par exemple, des services de santé adaptées aux besoins et à la culture des personnes défavorisées, y compris des personnes moins alphabétisées.

réorienter la philosophie

- Réorienter la philoshophie qui sous-tend l'intervention médicale. C'est-à-dire, l'axer sur la prévention des maladies et la promotion de la santé et de la sécurité plutôt que sur la guérison de malades. Ceci entraînerait nécessairement un rajustement des politiques en matière de financement. Ces changements se répercuteraient ensuite sur l'organisation des services de santé et sur l'etablissement

des priorités.

changements recommandés

Bien des études ont démontré les desavantages que présente notre formule actuelle de services de santé. Les changements qui s'imposent ont aussi été énumérés à maintes reprises. Par exemple, les auteurs de trois rapports importants sur le système de de santé en Ontario recommandent de profonds changements au système de prestation des soins dans cette province[4]. La stratégie de promotion de la santé de Santé et Bien-Être Social Canada intitulée *La santé pour tous est*, elle aussi, vouée à la réduction des disparités en matière de santé. Pour sa part, l'Association pour la santé publique de l'Ontario a récemment ajouté cette question à sa liste de priorités.

interventions non médicales

Les disparités notées précédemment, qu'elles résultent de l'analphabétisme ou d'autres facteurs socio-économiques, ne disparaîtront que grâce à l'action concertée de tous les secteurs de notre société. Même si les conséquences de l'analphabétisme se manifestent sur l'état de santé, avec pour résultat un accroissment du taux de mortalité et de morbidité, les solutions relèvent, dans la plupart les cas, de domaines autres que médical. Il convient plutôt de nous concentrer sur les interventions suivantes : élaborer des politiques saines, rendre les milieux de travail sans danger, améliorer les conditions de vie, assurer l'accès universel à l'éducation.

Les représentants élus à tous les paliers gouvernementaux, les membres des milieux d'affaires et syndical, les membres des médias et le grand public devront s'engager à travailler à la mise en oeuvre de ces recommendations. Sans cet engagement profond de la population toute entière, les initiatives n'auraient que des répercussions négligeables sur l'iniquité actuelle en matière de santé.

S'ENGAGER À RENDRE LES MILIEUX SAINS ET SANS DANGER

pouvoir réagir aux renseignements

Il ne suffit pas de posséder de l'information. Il faut également pourvoir y réagir. L'exemple suivant nous a été [présenté ayant rapport à cet issue]

Nous savons tous que pour combattre un rhume il faut se mettre au lit, boire beaucoup de liquides et prendre de l'aspirine. Le jeune que vit dans la rue comprend ceci sans problème. Seulement, il n'a pas de lit, ne peut se reposer puisqu'il doit consacrer tout son temps à sa survie et il n'a pas d'argent pour s'acheter de l'aspirine. Son rhume s'aggravera probablement jusqu'à ce qu'il ait ce qu'il lui faut : un endroit convenable pour vivre, un revenu et un sentiment de sécurité qui lui permettra de se reposer.

Rendre les milieux sains et sans danger ne se limite pas à fournier l'essentiel. On peut facilement se comporter de façon malsaine et dangereuse dans un environnement parfait. *Il n'en demeure pas moins difficile de vivre en santé et en sécurité dans un environnement malsain et dangereux.*

les politiques publiques

Pas plus que nous n'avons étudié les problémes et les stratégies complexes reliés à l'amélioration des systèmes scolaires publics et des services de santé en Ontario, nous ne nous sommes pas attardés sur les moyens de rendre les environnements sains et sans danger. À l'heure actuelle, la province mène des recherches sur les stratégies et l'élaboration de politiques dans les principaux domaines suivants :

- logement convenable et abordable
- milieux et méthodes de travail sans danger
- accès à des soins médicaux de qualité
- revenu acceptable pour ceux qui en ont besoin
- qualité de l'environnement (air, eau, etc.)
- organisation et prestation de services personnalisés.

milieux favorables aux pratiques saines et sans danger

Les politiques et les démarches visant à assurer l'alphabétisation et la santé de tous et à garantir d'accès à l'information en matière de santé et de sécurité seront inefficaces si les milieux dans lesquels on évolue ne sont pas favorables à l'adoption de pratiques et de comportements sains et sans danger.

Stratégies :

Bon nombre de stratégies ont été proposée par les participants pendant la recherche et la consultation.

améliorer les conditions de vie

- Dans bien des cas, les problèmes de santé dont souffrent les analphabètes résultent de la pauvreté. Améliorer leurs conditions de vie et hausser leur revenu aidera à combattre ces problèmes.

adopter les recommendations du rapport SARC

- Le Comité d'examen de l'aide sociale (SARC) a mené une étude approfondie des problèmes dont souffrent les petits salariés et les Ontariennes et les Ontariens qui reçoivent de l'aide sociale. Le comité s'est attardé tant sur les conséquences de l'analphabétisme que sur les problèmes de santé des pauvres. Son rapport renferme 274 recommandations en matière de réforme.

- Ces réformes, une fois mises en oeuvre, auraient une portée considérable sur la lutte contre les problèmes de santé reliés à la pauvreté.

meilleur accès à l'information sur la sécurité

- Les emplois auxquels ont accès les moins analphabétisés sont le plus souvent dangereux. C'est là un des principaux facteurs agissant sur leur santé. La dissémination de renseignements en matière de sécurité sous une forme autre qu'écrite aidera vraisemblablement quelque peu. Par ailleurs, en plus de fournir cette information, il revient à l'employeur de vérifier que ses employés l'ont bien reçue et comprise. Il reste que toute réduction substantielle du nombre de blessures subies au travail repose sur l'engagement profond à améliorer la sécurité des milieux de travail.

responsabilité de l'employeur

S'ENGAGER À ASSURER L'ÉGALITÉ D'ACCÈS À L'INFORMATION

Il importe que tous les Canadiens et les Canadiennes reçoivent, comprennent et soient en mesure d'utiliser l'information relative à leur santé et leur sécurité.

compréhensible et utile

« L'égalité d'accès » signifie que l'information essentiel est adaptée au destinataire de manière à ce qu'il puisse la comprendre et s'en servir, peu importe son niveau d'alphabétisation ou sa méthode d'apprentissage. Cette

inclusion de facteurs socio-culturels

expression signifie aussi que l'information est présentée sous une forme qui tient compte d'autres facteurs socio-culturelle tels que la langue, le sexe, le statut socio-économique et les origines culturelles.

Ceci implique la reconnaissance des faits suivants :

- L'information écrite (étiquettes, modes d'emploi, instructions, dépliants, livres, affiches, etc.) doit être lisibles, utile et élaborée à l'intention de ceux qui ont du mal à lire. *Mais cette stratégie ne suffit pas à elle seule.*

- Il est non seulement possible mais nécessaire de présenter l'information sous diverses formes :

  écrits, symboles, communcation orale, renseignements transmis à un groupe ou à un individu; information transmise par une personne, par des moyens audio-visuels, par des documents écrits; information transmise par un professionnel, une personnalité de la collectivité, un voisin ou un collègue; renseignements qu'il faut aller chercher ou qui nous parviennent directement; information qui est adaptée à diverses langues et cultures.

- Toute personne, peu importe ses compétences en lecture, réagit à sa manière à l'information qui lui est présentée. *Pour que diverses personnes reçoivent les mêmes renseignements, ceux-ci doivent nécessairement être transmis de différentes façons.*

- Enfin, la question centrale est la compréhension. *Peu importe le moyen de communication, il est essentiel de s'assurer que les destinataires ont compris l'information.*

Stratégies :

L'étape de consultation nous a permis de dégager quatre éléments principaux d'une stratégie visant à assurer l'égalité d'accès à l'information et des interventions qui permettront d'y parvenir.

1. Sensibilisation

étendue et nature du problème les interventions l'obligation

Le grand public, les intervenants et les organismes doivent se sensibiliser à la nature du problème que représentent l'analphabétisme et la santé, aux interventions qui s'imposent et à l'obligation qu'ont de nombreux groupes de les entreprendre.

Avant de pouvoir intervenir, il faut toutefois que les professionnels de la santé se sensibilisent à la étendue et à la nature des problèmes réliés à l'analphabétisme. Bon nombre des participants au sondage ont souligné la nécessité de mieux sensibiliser et instruire les intervenants en santé, en médecine et en service social. Voici les deux domaines prioritaires:

- Faire connaître l'étendue de l'analphabétisme et de ses répercussions sur la santé d'une population considérable de la population.

- Aider les professionnels de la santé, par la formation et d'autres moyens, à reconnaître les manifestations de l'analphabétisme et à bien traiter la question avec tact, tout en respectant la dignité de la personne.

Nombre de suggestions précises sur la façon de procéder nous ont été faites, soit :

- les ateliers de sensibilisation
- les consultations
- les séances de formation sur la communication claire à l'intention des professionnels de la santé
- l'interaction entre les professionnels de la santé et les intervenants en alphabétisation

Étant donné que 25 p. 100 des adultes sont illettrés fonctionnels, les intervenants tels que les pharmaciens devraient présumer, à moins d'être persuadés du contraire, que leur client ne peut comprendre les instuctions écrites. Aussi devraient-ils donner des instructions verbales à tout client. On demandera ensuite au destinataire s'il ou elle a bien compris l'information.

Les participants à la séance de consultation ont dégagé les moyens suivants pour sensibiliser le grand public aux problèmes de santé découlent de l'analphabétisme :

- les programmes de formation professionnelle à l'intention des intervenants en santé, en médecine et en travail social
- les congrès et rassemblements professionels
- le système scolaire public
- les conseils de planification sociale
- les médias

2. Participation communautaire

Une des conséquences de l'analphabétisme est l'absence d'autonomie. Ce sentiment d'impuissance engendre la tension et, par conséquent, des problèmes de santé.

le partenariat

l'animation communautaire

l'éducation populaire

s'allier aux réseaux

Une méthode possible pour lutter contre ces problèmes de santé serait de collaborer avec les personnes concernée afin de les aider à s'aider elles-mêmes. Il existe une large gamme de programmes d'animation communautaire et d'éducation populaire axés sur la participation active et réelle des apprenants. On peut également s'allier aux réseaux sociaux déjà présents, y compris les groupes et organismes communautaires tels que les groupes d'alphabétisation, les groupes de femmes, les organismes anti-pauvreté.

les pairs

personnes clefs du quartier

Les personnes qui ne lisent pas acquièront de l'information par d'autres moyens, notamment leurs proches et des personnes clefs dans leur quartier auxquelles d'autres s'adressent pour des renseignements. (Utiliser ces réseaux serait une stratégie efficace en matière d'éducation en santé.)

Les destinataires doivent participer à la conception, la production, la distribution et l'évaluation de l'information. On s'assurera ainsi que des renseignements vitaux soient adaptés aux besoins du public cible et, plus particulièrement des moins alphabétisés, de manière à les rendre compréhensibles et facilement utilisables.

équipes d'examen

On pourrait aussi créer des équipes communautaires d'examen - composées de professionnels et de membres du public cible – chargées d'évaluer l'information qui existe en

matière de santé et de services sociaux et d'encourager la préparation d'information convenable à l'intention de la collectivité. L'équipe dresserait un répertoire des ressources qu'offrent les organismes, le gouvernement et d'autres groupes communautaires aux personnes moins alphabétisées. Par ce moyen, l'équipe établirait ds liens avec les centres de ressources qui oeuvrent déjà au sein de la collectivité.

3. Stratégies de communautaire multiples

Afin de rendre accessible chaque élément d'information aux différentes personnes qui en ont besoin, il convient d'avoir recours à des stratégies de communication de nature et de styles divers.

communication non écrite

Lorsqu'on s'adresse à des personnes qui ne comprennent pas les documents écrits, il est nécessaire d'avoir recours à d'autres moyens. Les méthodes les plus souvent citées sont les suivantes :

- les images, les symboles et le matériel audio-visuel (pour transmettre des renseignements et des instructions en santé)

- les entretiens particuliers et les démonstrations et séances à l'intention de petits groupes

- les stratégies innovatrices; par ex. : indiquer sur le dessin d'une horloge l'heure à laquelle le patient doit prendre son médicamment ou faire appel à une bénévole pour aider un patient souffrant d'une maladie cardiaque et qui ne peut lire les ordres du médecin.

- la télévision et la radio. On a cependant fait remarquer que les personnes moins alphabétisées ont tendance à écouter des émissions de divertissment plutôt que d'information, ce qui limiterait l'utilité de cette méthode.

simplifier la langue

Bien des répondants ont signalé la nécessité de simplifier la langue dans laquelle sont rédigés dépliants et autres documents sur la santé. À cet effet, on a proposé les solutions suivantes :

essais sur le public cible

- vérifier la liabilité
- faire des essais pour assurer la compréhension
- imprimer en gros caractères
- privilégier la présentation « conviviale » avec abondance d'images et d'espaces blancs

adaptation

- traduire et adapter en d'autres langues

On remarque déjà une sensibilisation accrue chez les professionnels de la santé en ce qui concerne le besoin de simplifier les documents écrits; elle se manifeste par la production de documents de plus en plus « lisibles ».

la lisibilité ne règle pas tout

Accroître la lisibilité des documents est sans aucun doute fort à propos car, dans bien des cas, cela augmentera l'accessibilité de l'information. Toutefois, un grand nombre de personnes seront toujours incapables de la lire, peu importe la simplicité de la langue. D'autres qui pourraient, en principe, la lire, ne le feront pas. Rappelons que, pour bien des gens, les documents écrits ne représentent pas une source fiable d'information. Ainsi, bien qu'améliorer la lisibilité soit une démarche valable, il importe de ne pas considérer cette démarche comme susceptible de résoudre tous les problèmes découlant de l'alphabétisme.

On a proposé la stratégie suivante lors de la séance de consultation. Afin d'inciter les organismes à trouver des stratégies créatrices pour transmettre leur information, on pourrait établir un système de prix. Chaque année, les membres de la collectivité pourraient ainsi récompenser les organismes, les regroupement professionnels et les individus qui ont élaboré divers moyens novateurs de communiquer leur information et de promouvoir leurs services et se sont assurés que les destinataires avaient bien reçu et compris leur message.

4. La coordination

Il ressort des données que nous avons recueillies et analysées à la suite de nos recherches et consultations un besoin marqué d'interventions collective de la part du gouvernement, des organismes et des particuliers.

communication libre

partager les plans d'action

En vue de coordonner l'intervention, on a proposé d'ouvrir des voies de communication entre les organismes locaux et régionaux, les organismes publics et privés et le gouvernement. Toutes les parties intéressées doivent s'engager à partager leurs plans d'action, leur information et leurs idées. Sans cette communication, il persistera des écarts et des dédoublements en matière de services et d'information, écarts qui nuisent à la santé et à la sécurité de la collectivité et des ses membres.

NOTES

1. C. Slater et B. Carlton, « Behavior, Lifestyle, and Socioeconomic Variables as Determinants of Health Status: Implications for Health Policy Development », *dans American Journal of Preventative Medicine*, vol. 1, no. 5, 1985.

2. Voir *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, ministère de la Santé et du Bien-Être du Canada, 1986.

3. Les endroits et organismes possibles : les bibliothèques, les organismes paroissiaux, les groupes de quartier, les groupes à intérêt spécial, les spécialistes de la santé, les programmes communautaires d'alphabétisation, les programmes en milieu de travail, les conseils scolaires et tout programme communautaire.

4. Voir R.A. Spasoff, *La santé pour tout l'Ontario : Rapport du Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario*, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, 1987; S. Podborski, *Questions rélatives à la promotion de la santé en Ontario*, rapport du Comité consultatif sur la promotion de la santé, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, 1987; et J.R. Evans, *La santé en Ontario : vers une orientation commune.* Rapport du Groupe d'étude sur le système de santé en Ontario, Toronto, juin 1987.

1. C. Slater and B. Carlton, « Behaviour, Lifestyle, and Socioeconomic Variables as Determinants of Health Status: Implications for Health Policy Development, » in *American Journal of Preventative Medicine*, vol. 1, n^{o} 5, 1985.

2. Voir *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, ministère de la santé, ministère de la Santé et du Bien-Être social du Canada, 1986.

3. Les endroits et les organismes possibles : les bibliothèques, les organismes paroissiaux, les groupes de quartier, les groupes à intérêt spécial, les spécialistes de la santé, les programmes communautaires d'alphabétisation, les programmes en milieu de travail, les conseils scolaires et tout programme communautaire.

4. Voir R.A. Spasoff, *Health for All Ontario: Report of the Panel on Health Goals for Ontario*, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, 1987; S. Podborski, *Questions rélatives à la promotion de la santé en Ontario*, rapport du Comité consultatif sur la promotion de la santé, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, 1987; et J.R. Evans, *La santé en Ontario: vers une orientation commune.* Rapport du Groupe d'étude sur le système de santé en Ontario, Toronto, juin 1987.

VI. RECOMMANDATIONS

L'objectif est clair : créer un monde sain et sans danger pour les personnes qui ne savent pas lire. On comprend de mieux en mieux les effets de l'analphabétisme sur la santé, mais il y a encore place pour apporter des améliorations et intervenir. Ainsi, on devra prendre des engagements, poser des gestes concrets et assumer certaines responsabilités dans les trois grands domaines suivants :

- rendre l'alphabétisation et la santé universelles
- rendre le milieu sain et sans danger
- assurer l'égalité d'accès à l'information essentielle

Tout au long du projet de recherche, des ateliers régionaux et de la consultation provinciale, les participants ont proposé maintes stratégies susceptibles d'apporter des améliorations concrètes dans les trois domaines cibles. On doit donc maintenant étudier les recommendations qui sont issues du processus de consultation :

- le besoin de politques provinciales et fédérales,
- le besoin d'un éventail d'activités et de gestes préconisant l'égalité d'accès à l'information,
- le besoin d'un organisme coordinnateur chargé de favoriser l'élaboration de politiques et la mise en oeuvre de mesures et de coordonner le tout.

Ces recommandations font appel à la collaboration des autorités suivantes :

- les gouvernements,
- les organismes,
- un organismes coordonnateur.

La plupart des recommandations traitent de la question de l'égalité d'accès à l'information en matière de santé. En effet, pour les participants à la consultation, ce problème est celui qui requiert une intervention immédiate. Ils ne négligent pas toutefois l'importance d'agir afin d'assurer l'universalité de l'alphabétisation et de la santé et de créer un milieu sain et sans danger.

ACTION ET POLITIQUE GOUVERNEMENTALES

Pour que tout les Canadiens et Canadiennes puissent jouir des possibilités, d'alphabétisation et d'amélioration de leur état de santé, il faut :

- Améliorer le système scolaire pour les jeunes afin qu'ils puissent acquérir les compétences nécessaire en lecture, écriture et calcul pour satisfaire aux exigences de la société moderne.

- Mettre sur pied un réseau de formation et d'éducation des adultes qui permet aux personnes de suivre des cours à leur propre rythme. S'assurer que les cours offerts s'adaptent à l'évolution des besoins d'apprentissage des apprenants.

- Élaborer des politiques pour que les adultes aient accès à une gamme de programmes d'alphabétisation et d'apprentissage dans leur localité. S'engager à financer adéquatement ces activités. Offrir des programmes qui répondent aux besoins particuliers et aux divers modes d'apprentissage.

- Encourager la participation du public au sein du système de soins de santé. Cela signifie encourager les gens à mieux surveiller les facteurs qui influent sur leur santé et les doter des outils nécessaires pour maintenir et améliorer leur état de santé.

- Renforcer les services de santé communautaire. Pour y parvenir, il faudra restructurer le système actuel de façon à redonner plus de responsabilité aux organismes de services communautaires. Cela entraînera donc une redistribution des fonds entre les organismes.

- Coordonner la mise en oeuvre de politiques publiques saines. Les politiques qui visent à éliminer ou réduire les inégalités en matière de santé doivent traiter des sujets suivants, entre autres: la sécurité du revenu, l'emploi, l'éducation, le logement, les possibilités d'emploi, l'agriculture, le transport, la justice, la qualité de l'environnment et la technologie[1].

Pour créer un milieu social et physique sain et sans danger, nous devons :

- Élaborer des politiques et prendre les mesures nécessaires pour que les Canadiennes et les Canadiens aient accès à un logement convenables, un revenu acceptable, un milieu de travail sans danger et un environnement salubre. En assurer le financement[2].

Pour promouvoir l'égalité d'accès à l'information en matière de santé, nous devons :

- Établir des critères précis d'évaluation et de contenu pour s'assurer que toutes les demandes de subventions tiennent effectivement compte des analphabètes.

- Veuillez à ce que l'information en provenance des gouvernements soit écrite simplement.

- Offrir des stimulants, particulièrement d'ordre financier, aux organismes qui visent à rendre leur information plus accessible aux Canadiennes et aux Canadiens peu alphabétisés.

- Encourager et subventioner la rechereche et les projets-pilote ou de démonstration visant à faciliter l'accès à l'information.

- Encourager et financer les partenariats entre les groupes d'alphabétisation et les représentants des organismes de santé, des associations médicales et du milieu des affaires.

- Veiller, lors de l'élaboration de politiques et de règlements sur les pratiques saines et sans danger (tels que le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail) à ce qu'on y incorpore des conditions et des incitations financières afin d'en garantir l'accès aux personnes peu alphabétisées et veiller à ce que celles-si soient en mesure de les comprendre.

- Tenir compte des besoins des analphabètes lors de la formulation de stratégies en matière de promotion de la santé et d'éducation.

- Encourager et financer les activités de formation et de perfectionnement des ressources humaines visant l'égalité d'accès qu'entreprennent les groupes d'alphabétisation, les organismes de santé, les associations médicales et le milieu des affaires.

ACTIVITÉS ENTREPRISES PAR DES ORGANISMES

Les organismes, tant publics que privées[1], qui se préoccupent des questions de santé doivent entreprendre, seules et avec d'autres, les démarches suivantes :

- Analyser régulièment l'efficacité des moyens de diffusion interne et externe de l'information. Ainsi, les organismes seraient en mesure de déterminer si les personnes peu alphabétisées ont bien reçu l'information et dans quelle mesure elles la comprennent et l'utilisent.

- Étudier et élaborer des lignes directrices et des pratiques visant à faciliter l'accès des personnes peu alphabétisées à l'information sur la santé. Il faudra donc concevoir des programmes de formation afin d'assurer la mise en oeuvre de ces pratiques et lignes directrices.

- Encourager les utilisateurs à pratiquer à l'examen et à l'élaboration du contenu ainsi qu'aux processus de conception, de production, de diffusion et d'évaluation.

- Veiller à ce que la traduction de l'information soit adaptée aux spécificités culturelles des destinataires.

- Informer les groupes (d'une région donnée et voués à une question particulière) sur la nature du lien entre l'alphabétisation et la santé, sur les interventions et sur ce que chaque personne peut faire pour y participer.

- Encourager les organismes et les gouvernements à préconiser l'universalité de la santé et de l'alphabétisation, à faciliter l'accès à l'information et à instaurer des milieux sains et sans danger. Les exhorter à élaborer des lignes directrices pour concrétiser leur engagement.

LA COORDINATION

On doit instituer un organisme chargé de favoriser l'élaboration de lignes directrices et de coordonner les actions visant à assurer l'universalité d'accès aux services de santé et à l'information en matière de santé aux personnes peu alphabétisées. Cet organisme serait chargé de :

- Diffuser et promouvoir les résultats de la première étape du Projet alphabétisation et santé en Ontario et dans les autres provinces.

- Inciter les gouvernements, les organismes et la collectivité à s'engager à apporter des changements.

- Élaborer et offrir des programmes de formation; concevoir des outils de formation.

- Consulter et conseiller les groupes communautaires et les intervenants afin de dépister les problèmes liés à l'analphabétisme, de formuler des lignes directrices ainsi que d'élaborer, de mettre en oeuvre et d'évaluer des projets ou des programmes.

- Organiser des activités de sensibilisation à l'intention du grand public et des professionnels.

- Établir les liens nécessaires avec les organismes concernées; se tenir au courant des activités qu'ils entreprennent; favoriser une communication continué.

- Encourager la recherche et les projets-pilote en allouant aux collectivités les ressources et les compétences nécessaires.

- Encourager et faciliter la création de groupes d'études et de comités aux paliers fédéral, provincial et municipal qui étudieraient conjointement des questions bien précises (par ex. : l'étiquetage des médicamments). Inciter les organismes oeuvrant dans divers domaines à en faire autant.

- Aider les organismes et les personnes capables d'aider les autres à élaborer des lignes directrices et des pratiques

visant à améliorer l'accès à l'information et aux services. Faciliter l'accès à ses groupes et personnes-ressources.

La mise en oeuvre des présentes recommandations et l'amélioration des stratégies qui sont proposées tout au long de la première étape du Projet alphabétisation et santé posent un énorme défi.

Or, à ce stade-ci, nous croyons fermement que les Ontariennes et les Ontariens peuvent le surmonter. Ensemble, nous avons :

- déterminé la nature des rapports directs et indirects entre l'alphabétisation et la santé;

- élaboré un ensemble complexe d'idées et de stratégie qui nous permettent d'attaquer le problème;

- identifié et fait participer les personnes intéressées qui sont prêtes à agir au sein de leur organisme et le leur collectivité.

Faire face au défi doit se traduire par de fermes engagements à rendre universelles l'alphabétisation et la santé; à créer des milieux sains et sans danger et à garantir l'égalité d'accès à l'information essentielle. Tout au long de la présente étude, nous avons puisé dans diverses études menées antérieurement en Ontario, études qui recommandaient des stratégies garantissant l'universalité de l'alphabétisation et de la santé aisni qu'un milieu sain et sans danger. En outre, nous avons jeté les premières fondations des principes directeurs qui garantiront l'égalité d'accès à l'information essentielle.

Bien des questions soulevées lors de la première étape ne sont pas nouvelles : la qualité de l'éducation, les effets de la pauvreté sur la vie des gens, les conséquences d'un accès réduit aux diverses possibilités d'épanouissement, etc. Il en existe une autre : la nécessité de s'assurer que les Ontariennes et les Ontariens reçoivent, comprennent et puissent utiliser les renseignements essentiels à leur santé et à leur sécurité.

Il est évident que l'implantation progressive de milieux sains exigera de chacun et chacune d'entre nous – professionnels, consommateurs, individus, organismes, décideurs et intervenants – que nous assumions nos responsibilités respectives. Nous devrons respecter la diversité des collectivités en communiquant directement avec chaque secteur et chaque personne pour s'assurer que l'information écrite et orale est bien comprise.

Voilà des défis qui méritent d'être relevés et des responsabilités qui méritent d'être assumées.

NOTES

1. Pour de plus amples renseignements à ce sujet (et sur les deux points qui précèdent), consulter *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (Sante et Bien-être social Canada, 1986).

2. Le Conseil du premier ministre sur la santé a été fondé en 1988 sur le principe suivant : être en bonne santé dépend d'un milieu sûr et non violent, d'un revenu adéquat, d'avoir un logement, de la nourriture et de l'instruction. De plus, le rôle de chaque personne doit être valorisé au sein de sa famille, au travail et dans la collectivité.

3. Cela comprend aussi les fournisseurs de services de santé, les travailleurs sociaux, les fabricants et les détaillants, les associations professionnelles et les lieux de travail.

VII. RESSOURCES

Tout au long des recherches et des consultations, on a préparé, à l'intention des participants, une série de documents, dont voici la liste :

- le rapport sommaire des résultats des recherches
- les notes prises lors des ateliers régionaux, tant sous forme condensée que dans leur ensemble
- les notes prises lors de la séance de consultation provinciale
- le rapport final des recherches qui renferme un exemplaire du questionnaire, les réponses, le résumé des études de cas ainsi qu'une bibliographie
- le rapport final dévoilé au public (le présent document).

Pour obtenir ces documents ou d'autres renseignements, veuillez contacter :

- L'Association pour la santé publique de l'Ontario
  Projet alphabétisation et santé
  Services et publications
  468, rue Queen est, bureau 202
  Toronto (Ontario)
  M5A 1T7

VIII. BIBLIOGRAPHIE

Ableson, J., *et al., Perspectives sur la santé,* Ottawa, Ontario: Statistique Canada, 1983.

Accident Prevention. « *Do all employees understand occupational health and safety literature*? », dans Accident Prevention, vol. 32, n° 3, 1985.

Adams, O. (Division de la santé, Statistique Canada). Presentation à l'occasion du congrès de l'ASPO en 1988.

Conseil consultatif sur la santé et la sécurité au travail. *Seventh Annual Report*, du 1er avril 1984 au mars 1985, Toronto, ministère du Travail de l'Ontario, p. 108.

Baker, C. C. « Ethnic differences in accident rates at work », dans *British Journal of Industrial Medicine*, 1987, vol. 44, p. 206 à 211.

Boyle, M. H., et al. « Ontario Child Health Study », dans *Archives of General Psychiatry*, vol. 44, septembre 1987.

Boyle, M. H., Analyses inédites fondées sur les résultats de *L'Étude sur la santé des enfants en Ontario*, 1988.

Breen, M. N. and Wood Catano J., « *Can she read it?: readability and literacy in health education* », dans *Healthsharing*, été 1987, p. 28 à 33.

Canadian Business Task Force on Literacy. *Literacy Public Opinion Survey 1986 Update*, Toronto, Westmount Research Consultants Inc., 1986.

Canadian Business Task Force on Literacy. *The Cost of Illiteracy in Canadian Business*, Toronto, Woods Gordon Management Consultants, 1987.

Chambers, L. W. *Health Profiles of the Citizens of Ontario,* Ottawa, Association canadienne de la santé publique.

Cochrane, S. H. *et al. The Effects of Education on Health.* série « Documents de travail » n° 405, Washington, D.C.: La Banque mondiale, 1980.

Cole, R. « The understanding of medical terminology used in printed health education materials », dans *Health Education Journal*, vol. 38, n° 4, 1979, p. 111 à 121.

Comité d'examen de l'aide sociale. *Transitions*, Toronto, ministère des Services sociales et communautaire, 1988.

Crawford. T. « There is something about welfare itself that creates victims, experts conclude », dans *The Toronto Star*, 29 novembre 1987, p. A2 et A10.

D'Arcy, C. *Reducing Inequalities in Health*. Ottawa, Direction des services de santé et de promotion, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1988.

Département de l'Éducation et département du Travail des États-Unis. *The Bottom Line: Basic Skills in the Workplace*, département de l'Éducation et département du Travail des États-Unis, 1988.

Doak, C. C., *et al*. *Teaching patients with low literacy skills*. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1985.

Echenberg, H. (Organisation nationale anti-pauvreté). *Reducing Inequalities*, Ottawa, Direction des services de santé et de promotion, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1987.

Echenberg, H. (Organisation nationale anti-pauvreté). *Working Summary of Community-Based Literature on Health Inequities*, Ottawa, Direction des services de santé et de promotion, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1987.

Émond, A. et Guyon, L. *La santé des Québecois : Points saillants de l'enquête sur la santé des Québecois effectuée en 1987*, Québec, gouvernement du Québec, 1988.

Esdaile, J. M. and Wilkins, K. *Social support and social networks as promoters of physical and psychological well-being in persons with arthritic and rheumatic disorders,* Ottawa, Direction des services de santé et de promotion, Ottawa, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1987.

Evans, J. R. *La santé en Ontario : vers une orientation commune. Rapport du Groupe d'étude sur le système de santé en Ontario,* Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, juin 1987.

Farkas, C. S. « Ethno-specific communication patterns: implications for nutrition education », dans *Journal of Nutrition Education,* vol. 18, n° 3, 1986, p. 99 à 103.

Farkas, C. S., *et al.* « An evaluation of the readability of prenatal health education materials. », dans *Revue canadienne de santé publique,* vol. 78, 1987, p. 374 à 378.

Farrar, M. T. « Four Conceptions of Literacy », dans *Reading Psychology,* vol. 7, 1986, p. 43 à 55.

Frankel, D. H. « Think horses, not zebras », dans *The Lancet,* 26 décembre 1987, 1515 et 1516.

Grueninger, S. « The illiteracy crisis: implications for the occupational health nurse », dans *AAOHN Journal*, vol. 34, n°. 9, 1986, p. 429 à 431.

Harding, M. *The Relationship Between Economic Status and Health Status and Opportunities,* Toronto, Comité d'examen de l'aide sociale, 1987.

Harvey, M. D. *Language and Literacy Problems in Alberta's Labour Force,* Santé communautaire et santé au travail, gouvernement de l'Alberta, septembre 1987, p. 41 à 44.

Hayward, R. A. *et al.* « Inequities in health services among insured Americans », dans *The New England Journal of Medicine*, vol. 318, n°. 23, 1988, p. 1507 à 1512.

Santé et Bien-être social du Canada. *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, ministère des Services et Approvisionnements du Canada, 1986.

Hirdes, J. P., *et al. The Association Between Self-Reported Income and Perceived Health Based on the Ontario Longitudinal Study of Aging*, sans date.

Hubley, J. « Principles of Health Education », dans *British Medical Journal*, vol. 289, 1984, p. 1054 à 1056.

Industrial Accident Prevention Association. *Literacy in the Workplace*, 1982.

« Information for patients about medicines », dans *The Lancet*, 7 novembre 1987, p. 1077 et 1078.

Inguanzo, J. et Harju, M. « How do consumers receive local health care information? », dans *Hospitals*, vol. 59, n° 7, 1985, p. 74 à 76.

Jenkins, C. D., « Low Education: A Risk Factor for Death », dans *New England Journal of Medicine*, vol. 209, n° 2, 1985, p. 95 à 97.

Jones, A. G. « Product safety labelling: a confusing message? », dans *At the Centre*, vol. X, n° 4, 1987, p. 18 et 19.

Kappel, B. « Literacy and Health », dans *Ontario Medical Review*, mars 1988, p. 42 à 43.

Kenter, P., « Workplace illiteracy: the three rrr's: reading, risk and responsibility », dans *Occupational Health and Safety Canada*, vol. 3, n° 4, 1987, p. 25 à 30 et 66.

Kleinman, J. C. et Madans, J. H. « The effects of maternal smoking, physical stature, and educational attainment on the incidence of low birth weight », dans *American Journal of Epidemiology*, vol. 121, n° 6, 1985, p. 843 à 855.

Kozol, J. *Illiterate America*, New York, Plume Printing, 1985, p. 14, 24 et 25.

Labonté, R. « Santé communautaire : stratégies de promotion », dans *Promotion de la santé*, ministère de la Santé et Bien-être du Canada.

Labonté, R. « Concepts, research and strategies relating to social support and surplus powerlessness », dans *Heart Health Inequalities Workshop Report*, 3 décembre 1987.

Labonté, R. « Health Promotion: From Concepts to Strategies », dans *Healthcare Management Forum*, autumne 1988.

LaPierre, G. et Mallet, L. « Readability of materials », *Canadian Pharmaceutical Journal*, décembre 1987, p. 718 à 728.

Leigh, J. P. « An empirical analysis of self-reported, work-limiting disability », dans *Medical Care*, vol. 23, n^{o} 4, 1985, p. 310 à 319.

Leigh, J. P. « Direct and indirect effects of education on health », dans *Social Science Medicine*, vol. 17, n^{o} 4, 1983, p. 227 à 234.

Leigh, J. P. « Occupation and coronary disease: schooling as a confounder », dans *JAMA*, vol. 259, n^{o} 10, 1988, p. 1496 à 1497.

MacDonald, J. et Zandstra, I. *Research and Health Education: Possibilities for the Health Sciences Division*, mémoire, Ottawa, CRDI, 1988.

Millar, W. et Wigle, D. « Socioeconomic disparities in risk factors for cardiovascular disease », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 134, n^{o} 15, janvier 1986, p. 127 à 32.

Ministère des Services sociaux et communautaires. *Étude sur la santé des enfants de l'Ontario : Résumé des premiers résultats*, Toronto, ministére des Services sociaux et communautaires, 1986.

Ministère des Services sociaux et communautaires. *Ontario Child Health Study: Abstracts of Research Reports and Literature Reviews*, Toronto, ministère des Services sociaux et communautaires, 1987.

Ministère des Services sociaux et communautaires. *The Relationship Between Poverty and Selected Social Indicators: Health Status, Educational Attainment and Incarceration*, Toronto, ministère des Services sociaux et communautaires, février, 1988.

Ministère du Tourisme et des Loisirs. *Physical Activity Patterns in Ontario III*, Toronto, ministère du Tourisme et des Loisirs, 1986, p. 22 et 23.

Non-Formal Education Information Center. *Annotated Bibliography # 2: Non-Formal Education and Health: a selected, annotated bibliography*, Non-Formal Education Information Center, 1981.

Offord, D. R. et Boyle, M. H. « Morbidity Among Welfare Children in Ontario », présentation faite à la Commission de révision de l'aide sociale du ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, à Hamilton en décembre 1986.

Patterson, M. R. « The hazards of illiteracy in the workplace », dans *Professional Safety*, novembre 1987, p. 41 à 45.

Perrin, B. T. *A Review of Training and Educational Programs for Social Assistance Recipients Entering the Labour Force*, Toronto, Comité d'examen de l'aide sociale, 1987.

Pincus, T. et Callahan, L. F. « Taking mortality in rheumatoid arthritis seriously – predictive markers, socioeconomic status and comorbidity », éditorial paru dans *The Journal of Rheumatology*, vol. 13, n^{o} 5, 1986, p. 841 à 845.

Pincus, T. et Callahan, L. F. « Formal Education as a marker for increased mortality and morbidity in rheumatoid arthritis », dans *The Journal of Chronic Diseases*, vol. 38, n^{o} 12, 1985, p. 973 à 984.

Pincus, T., *et al.* « Most chronic diseases are reported more frequently by individuals with fewer than 12 years of formal education in the age 18-64 United States population », dans *The Journal of Chronic Diseases*, vol. 40, n^{o} 9, [1987], p. 865 à 874.

Podborski, S. *Questions relatives à la promotion de la santé en Ontario : Rapport du Comité ministériel sur la promotion de la santé*, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, 1987.

Puska, P., *et al.* « Planned use of mass media in national health promotion: *The Keys to Health* TV program in 1982 in Finland », dans *Revue canadienne de santé publique*, vol. 76, n^{o} 5, 1985, p. 336 à 342.

Rachlis, M. et Kushnar, C. *Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health-Care System and How to Fix It*, Toronto, Collins, 1989.

Radwanski, G. *Étude sur le système d'éducation et les abandons scolaires en Ontario*, Toronto, ministère de l'Êducation de l'Ontario, 1987.

Ramirez, R. « The relationship between illiteracy and accident occurrence », dans les *Actes du dixième congrès international sur la prévention des maladies et accidents professionnels*, 1983, p. 165 et 166.

Rea, B. *Adult Literacy and the Workplace*, rapport intérimaire, phase II, 1986.

Rootman, I. « Inégalités face à la santé : sources et

solutions », dans *Promotion de la santé*, ministère de la santé et du Bien-être social du Canada, hiver 1988, p. 2 à 8.

Rossof, A. H. « Non-compliant, or illiterate? », dans *The Lancet*, vol. 1, n° 8581, 1988, p. 362.

Roberman, W., *et al.* « Education, psychosocial stress and sudden cardiac death », dans *Journal of Chronic Diseases*, vol. 36, n° 2, 1983, p. 151 à 160.

Samways, M. C. « Functionally illiterate worker also has "right-to-understand" », dans *Occupational Health and Safety*, janvier 1988, p. 49, 50, 52 et 53.

Sharav, T., *et al.* « Effect of maternal education on prognosis of development in children with Down syndrome », *Pediatrics*, vol. 76, n° 3, septembre 1985, p. 387 à 391.

Slater, C. et Carlton, B. « Behaviour, lifestyle and socio-eonomic variables as determinants of health status: implications for health policy development », dans *American Journal of Preventative Medicine*, vol. 1, n° 5, 1985, p. 25 à 33.

Southam News. *Literacy in Canada: A Research Report*, Ottawa, The Creative Research Group Ltd., 1987.

Spasoff, R. A. *La santé pour tout l'Ontario : rapport du Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario*, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, 1987.

Statistique Canada. La Santé des *Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada, Ottawa*, ministère des Services et Approvisionnements du Canada, 1981.

Stone, A. J. et Siegel, J. M. « Correlates of accurate knowledge of cancer », dans *Health Education Quarterly*, vol. 13, n° 1, 1986, p. 39 à 50.

Sweet, L. « Government "starving" illiterates », dans *The Toronto Star*, 27 juin 1988, p. C2.

« Telling patients about their medicines », dans *The Lancet*, 7 novembre 1987, p. 1064.

Towler, J. « Can you read this? », dans *Toronto Business*, juillet 1988, p. 7 et 9.

Townsend, P. et Davidson, N. *Inequalities in Health: the Black Report*, Harmondsworth (Angleterre), Penguin, 1982.

Unesco. *Health Education Intervention: An Annotated Bibliography*, série 13 – Éducation et nutrition, Programme d'éducation et de nutrition, Paris, 1986.

Vandenberg. L., *et al.* « Promoting health and nutrition through primary schools », dans *INET Up-Date*, février 1987, p. 114 à 123.

Wagner, D. A. *Literacy Assessment in the Third World: An Overview and Proposal Schema for Survey Use*, article inédit, 1988.

Weinblatt, E., *et al.* « Relation of education to sudden death after myocardial infarction », dans *The New England Journal of Medicine*, vol. 299, n° 2, 1978, p. 60 à 65.

Wilkins, R. et Adams, O. B. « Changes in the healthfulness of life of the elderly population: an empirical approach », dans Revue épidémiologique et santé publique, vol. 35, 1987, p. 225 à 235.

Wilkins, R. « Restriction dans les activités en Groupe de travail inter-DSC », dans *Enquête sur la promotion de la Santé à Montréal en 1986*, Montréal, départements de santé communautaire de l'Hôpital du Sacré-Coeur, de l'Hôpital général de Montréal et de l'Hôpital Saint-Luc, mai 1988.

Wilkins, R. *Special Study on the Socially and Economically Disadvantaged*, Ottawa, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1988.

IX. PARTICIPANTS AU PROJET ALPHABÉTISATION ET SANTÉ

Les personnes suivantes ont participé soit à la recherche et aux atéliers régionaux, soit à la campagne provinciale de consultation et à l'équipe de stratégie.

Elles sont regroupés selon leur lieu d'origine : l'Ontario, le Québec et les États-Unis.

ONTARIO

Centre-Ouest:

Rose Anne Alfano
Jill Bacon
Karen Costie
Steve Elson
Jolaneta Jokubyras
Peggy McCarroll
Cathie Quick
Kathy Saussens
Carol Saville
Margaret Smith
Venilda Tortora

Nord-Ouest:

Judy Baker
Joan Baril
Linda DePiero
George Kenny
Lynn Kislock
Teresa Legowski
Jack Macready
Jim Proctor
Ron Schultz
Arlene Simpson
Tim Woods

Est :

Kae J. Bee
Cheryl Boon
Mary J. Breen
Centre de services communautaires de comté de Frontenac-Nord
Anne Colterman
Carin Gross-Stewart
Susan Gatchell
Delma Holan
Stan Jones
Mary Klein
Marthe Lavoie
Addy Murray
Sandra Murray
Dr. Gordon Mutter
David Neice

Dick Nolan
Ann Osborne
Gayle Owen
Dr. Irving Rootman
Janet Shively
David Skinner
Sue Snelgrove
Astri Thorvik
Dr. Reg Warren
Jean Webb
Dr. Russell Wilkens

Nord-Est :

Audrey Anderson
Yvette Bradley
Jennifer Brouse
Audrey Crouch
Don Desrosiers
Sam Gamble
Dee Goforth
Florence Gray
Jacques Guy
Heather Jessup-Falcioni
Mary McDowell
Rosemary Newman
Heather Segsworth
Chris Stagg
Stephen Vail

Centre-Est :

Bonnie Ashawasega
Diane Azzarello
Ron Bowers
Betty Butterworth
Centre de santé communautaire Parkdale
Denise Chong
Collège Frontier
Carmen Connolley
Noreen Crawford
Joey Davidson
Robert Doyle
Dr. Margaree Edwards
Phyllis Fisher
Dr. Marsha Forest
Romeo Franceschini
Myrna Francis
Victor Gascon
Karen Hadley
Dr. Trevor Hancock
Michelle Harding
Stefa Katamay
John Keays
Ron Labonte
Tracy LeQuyere
Barbara Marchant
Sally McBeth
Rebecca Metcalfe
Marg Metzger
Sheryl Mitchell
Gordon Nore
Tracy Odell
Stephanie Ozorio
Rick and Carol Parsons

Jack Pearpoint
Anna Maria Pettella
Dr. Michael Rachlis
Almerinda Rebello
Elizabeth Rossnagel
Anne Sheppard
Robin Silverman
Kristine Sisson
Dr. Jamie Urhig
David Vickers
Ed Wadley
Elisse Zack

Sud-Ouest :

Joan Alderson
Jacquie Allair
Suzanne Brown
Dr. Danielle Chacon
Joanne Culley
Anne Marie Grange
Deborah De Hetre
Kim Hodgson
Helen Keir
Helen Kelly
Joan Lawton
Bonnie Mahon
Colleen Mahoney
Margaret McGee
Sandra McNee
Mary Ann Morgan
Edith Owen
Jeanne Parker
Dr. J.D. Pudden
John Roberts
Patty Ryan
Barbara Saunders
Donna Smith
Howard Stevenson
Shanthi Radcliffe

QUÉBEC :

Dr. Tom Eisennon
Martin Somberg

ÉTATS-UNIS :

Dr. Michael Crossman
Dr. Theodore Pincus
Dr. Paul Leigh
Dr. Daniel Wagner